

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ.**

На правах рукописи

Краевская Наталия Стефановна

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ
ОДНОСТОРОННЕЙ ПОЛНОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТА НЕБА**

14.01.14 – стоматология

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент

Фоменко Ирина Валерьевна

Волгоград – 2017 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
Глава 1. Обзор литературы.....	9
1.1. Методы пластики дефекта неба и их влияние на морфометрические параметры верхней челюсти у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба.....	9
1.2. Методы комплексного лечения и исследования пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба	15
1.3. Эффективность комплексного лечения пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба	21
Глава 2. Материал и методы исследования	24
2.1. Дизайн исследования.....	24
2.2. Общая характеристика пациентов.....	26
2.3.1. Методы исследования диагональных размеров и симметрии лица.....	27
2.3.2. Методы биометрического исследования моделей челюстей.....	29
2.3.3. Методы исследования электрической активности жевательных мышц.....	32
2.3.4. Методы исследования функции речи.....	33
2.3.5. Методы исследования психологического статуса детей и их родителей.....	34
2.4. Методы статистической обработки результатов исследования.....	35
Глава 3. Результаты собственных исследований.....	37
3.1. Результаты исследования пациентов первой группы.....	37
3.1.1. Результаты исследования диагональных размеров и симметрии лица пациентов первой группы	38
3.1.2. Результаты биометрического исследования моделей челюстей пациентов первой группы	38
3.1.3. Результаты исследования электрической активности жевательных мышц пациентов первой группы	40
3.1.4. Результаты исследования речи пациентов первой группы.....	46

3.1.5. Результаты исследования психологического статуса пациентов	
первой группы и их родителей	48
3.2. Результаты исследования пациентов второй группы.....	51
3.2.1. Результаты исследования диагональных размеров и симметрии	
лица пациентов второй группы	52
3.2.2. Результаты биометрического исследования моделей челюстей	
пациентов второй группы	53
3.2.3. Результаты исследования электрической активности жевательных	
мышц пациентов второй группы	55
3.2.4. Результаты исследования речи пациентов второй группы	62
3.2.5. Результаты исследования психологического статуса пациентов	
второй группы и их родителей.....	63
Глава 4. Сравнительная характеристика результатов исследования	
пациентов первой и второй группы.....	66
Заключение.....	89
Выводы	97
Практические рекомендации,.....	99
Список литературы.....	100
Приложения.....	126

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы.

Наличие у ребенка врожденной расщелины верхней губы и неба вызывает ряд серьезных эстетических и функциональных нарушений [3, 11].

В большинстве случаев врожденная патология челюстно-лицевой области приводит к инвалидизации детей, что подчеркивает актуальность решения медико-социальной проблемы лечения детей в раннем возрасте [1, 88].

Эффективность реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба оценивается по результатам комплексного хирургического, ортодонтического и логопедического лечения.

Одним из важных компонентов комплексного лечения пациентов является раннее восстановление правильного взаимоотношения мышц мягкого неба и своевременное закрытие дефекта в пределах твердого неба [48].

Тем не менее, до настоящего времени отсутствует единый подход к выбору возрастного срока и метода пластики расщелины неба.

Ряд челюстно-лицевых хирургов предпочитают проводить уранопластику в один этап [15, 96]. Есть данные, свидетельствующие о том, что пластика дефекта неба в раннем детском возрасте ведет к задержке роста верхней челюсти, требующей в дальнейшем сложной ортогнатической коррекции [3].

Другие авторы рекомендуют проводить пластику дефекта неба в два этапа [4, 21]. Выполнение в качестве первого этапа пластики дефекта мягкого неба способствует уменьшению расщелины в пределах твердого неба, упрощению проведения второго этапа хирургического закрытия расщелины. Велоластика способствует ранней функциональной адаптации мышечного аппарата мягкого неба, создавая благоприятные условия для формирования речи. Недостатком проведения велоластики считается наличие дополнительного этапа операции [96].

Изучено влияние двухэтапного метода пластики расщелины неба на рост и развитие верхней челюсти в трансверсальной плоскости в начальный период

сменного прикуса [14, 81]. Однако данные о закономерностях роста верхней челюсти в зависимости от метода и возраста проведения пластики неба, а также влияние метода пластики расщелины неба на формирование прикуса постоянных зубов, недостаточно представлены в исследованиях.

До сих пор не разработаны четкие критерии определения показаний и противопоказаний к проведению пластики мягкого неба при односторонней полной расщелине верхней губы и неба.

Недостаточно подробно рассмотрены вопросы реабилитации детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба, качества жизни детей и их родителей, сроки формирования речи в зависимости от метода пластики дефекта неба.

Все вышеизложенное определило цель и задачи настоящего исследования.

Цель исследования.

Повышение эффективности реабилитации детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба за счет обоснованного подхода к выбору способа и срока проведения пластики дефекта неба.

Задачи исследования.

1. Изучить особенности строения зубочелюстных дуг и их взаимоотношений у пациентов с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба после одно- и двухэтапной пластики расщелины неба в период прикуса постоянных зубов.

2. Изучить функциональное состояние жевательных мышц у детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба с помощью электромиографии при одно и двухэтапном методе пластики дефекта неба.

3. Изучить особенности формирования речи у детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба в зависимости от включения этапа велоластики при оперативном устранении дефекта неба.

4. Оценить изменение психологического состояния детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба и их родителей в зависимости от метода пластики расщелины неба.

5. Провести сравнительный анализ отдаленных результатов комплексного лечения пациентов в возрасте 14-17 лет с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба при одно и двухэтапной пластике дефекта неба.

Новизна исследования.

Впервые изучена степень выраженности окклюзионных нарушений у пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба в период прикуса постоянных зубов после одно- и двухэтапной пластики расщелины неба.

На основании данных электромиографии впервые проведен сравнительный анализ степени мышечной дисфункции у детей с врожденной полной расщелиной верхней губы и неба после проведения пластики расщелины неба.

Впервые изучены особенности формирования речи у детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба в зависимости от метода пластики дефекта неба.

Впервые проанализировано изменение психологического статуса детей и их родителей в зависимости от включения этапа велоластики при оперативном устранении расщелины неба.

Практическая значимость.

Результаты исследования могут быть использованы при составлении программы комплексной реабилитации детей с врожденной полной расщелиной верхней губы и неба в условиях региональных центров диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области, отделений челюстно-лицевой хирургии, ортодонтических отделений стоматологических поликлиник.

Положения, выносимые на защиту:

1. Двухэтапный метод пластики расщелины неба позитивно влияет на строение зубочелюстных дуг у пациентов с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба.
2. У детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба после двухэтапной пластики расщелины неба асимметрия

электрической активности жевательных мышц выражена в меньшей степени, чем после одноэтапной уранопластики.

3. Нарушения функции речи, соматического и психологического здоровья детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба носят более выраженный характер в случае реализации одноэтапного варианта операции по сравнению с состоянием детей, которым проводилось двухэтапное оперативное вмешательство.

Апробация работы и публикации.

Основные результаты исследования доложены и обсуждены на международных, всероссийских и региональных научно-практических конференциях (Москва, 2015, Санкт-Петербург, 2016, Москва, 2016, Волгоград, 2015, 2016 гг.)

Апробация диссертации проведена на расширенном заседании кафедры стоматологии детского возраста совместно с сотрудниками кафедр терапевтической, хирургической, ортопедической стоматологии, пропедевтики стоматологических заболеваний, кафедры стоматологии ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета.

По теме диссертации опубликовано 18 научных работ, из которых 8 работ в журналах из перечня изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ.

Внедрение в практику результатов исследования.

Научные данные, полученные в процессе выполнения диссертационного исследования и предложенные при этом методы клинического стоматологического обследования и лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба внедрены в практику работы ГАУЗ «Детская клиническая стоматологическая поликлиника №2», клиники ВолгГМУ г. Волгограда. Работа выполнялась на кафедре стоматологии детского возраста и в «Волгоградском областном центре диспансеризации детей с врожденной патологией лица». Консультант по вопросам ортодонтии – д.м.н., проф. Дмитриенко С.В.

Материалы диссертационного исследования используются при проведении практических занятий со студентами, клиническими ординаторами кафедры

стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Объём и структура работы.

Диссертация состоит из введения, главы обзора литературы, главы с указанием материала и методов исследования, двух глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и приложения. Текст диссертации изложен на 134 страницах машинописного (компьютерного) текста, иллюстрирован 31 рисунком и 17 таблицами. Указатель литературы содержит 169 источников, из них 109 на русском языке и 59 на иностранных языках.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

1.1. Методы пластики дефекта неба и их влияние на морфометрические параметры верхней челюсти у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба.

Несмотря на более, чем двухсотлетнюю историю лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба, возникают вопросы в выборе оптимального метода и возраста ребенка при выполнении этапов хирургического вмешательства [63].

Качество и время выполнения первичной операции на небе оказывает существенное влияние на формирование речи, рост и развитие верхней челюсти и средней зоны лица, а также общее развитие ребенка [22, 23].

Все эти вопросы очень широко обсуждаются зарубежными и отечественными специалистами. Своевременное и правильное осуществление первичного этапа хирургического лечения расщелины неба определяет успешность комплексной реабилитации пациентов с врожденной патологией челюстно-лицевой области [14, 19].

В XIX веке von Graefe (1816) и Roux (1819) впервые осуществили пластику дефекта мягкого неба [118, 150, 151]. В 1826 году Diffenbach впервые провел пластику дефекта твердого неба [120]. Он использовал двусторонние послабляющие разрезы по краю альвеолярной дуги, осуществляя мобилизацию и перемещение.

В 1931 году von Langenbeck и Veau целью удлинения мягкого неба предложили формировать небные слизисто – надкостничные лоскуты на одной сосудистой ножке (a. v. Palatinae major) [164].

Существует более 150 методик первичной ураностафиллопластики. Основным показателем функциональной эффективности ураностафиллопластики или велопластики является эффективное велофарингиальное замыкание. Именно оно во многом определяет «чистоту» речи.

Для достижения максимальной ретротранспозиции тканей мягкого неба и создания достаточного велофарингиального замыкания используются различные

хирургические приемы. Выкраивание и отслаивание слизисто-надкостничных лоскутов, перемещение их к середине первый обосновал В. Von Langenbeck (1859) [93].

Отсечение мышц мягкого неба от задней поверхности горизонтальных пластинок твердого неба впервые осуществлено было Dorrance G. M. (1993). Он назвал свою операцию «pushback» - толчок назад. Последователи этого приема Gronin T. D. (1957), Peet F. (1961), Kriens D. (1969), Sommerlad B. C. (1989) совершенствовали его [93].

Основоположником радикальной уранопластики является Лимберг А.А. [42, 43]. Мобилизация небных слизисто – надкостничных лоскутов до больших небных отверстий, освобождение небных сосудисто – нервных пучков и резекция задневноутренних краев небных отверстий обеспечивала ретротранспозицию тканей мягкого неба. Рассечение носовой слизистой по заднему краю небных костей и выполнение интерламнарной остеотомии позволяло избежать натяжения тканей в области дефекта и добиться уменьшения размеров глоточного пространства.

Однако из-за значительного рубцевания происходило нарушение функции мягкого неба в небо – глоточном смыкании. Вследствие этого возникала грубая рубцовая деформация верхней челюсти, и в дальнейшем, пациент нуждался в проведении сложного, длительного ортодонтического лечения.

Broadbent (1931), Brodie (1941), и Graber (1949, 1950, 1954) определили, что из-за травматичных костно-пластических вмешательств, возникают тяжелые деформации верхней челюсти [115, 123, 125, 126, 127, 129, 148, 149].

В 1950 гг. в Европе Schweckendiek (1951, 1955), в США Slaughter, Brodie, Pruzansky (1949, 1954), разработали методику двухэтапной уранопластики [152, 153, 154, 155, 161]. Авторы считали, что раннее выполнение пластики дефекта мягкого неба (I этап) способствует созданию благоприятных условий для развития речи [66, 67, 68, 70].

Проведение пластики дефекта твердого неба (II этап) предотвращало возникновение тяжелых деформаций верхней челюсти [97].

Однако Shroder (1966), Brousilova (1969) и Bardach (1984) описали неблагоприятные последствия двухэтапной уранопластики, что способствовало возвращению проведения закрытия дефекта неба одномоментно [5, 156].

Тем не менее, сторонники проведения закрытия дефекта неба в один этап признают существенные недостатки её современных модификаций: высокую частоту рецидивов дефектов переднего отдела твёрдого нёба (5-59%), нёбно-глоточной недостаточности (17-46%) и зубочелюстных деформаций (42-100%) [6, 26, 33].

Единых международных стандартов по реабилитации детей с врожденными расщелинами лица, и срокам оперативных вмешательств в настоящее время нет. Вопрос: «В каком возрасте выполнять пластику неба?» остается открытым.

Но общая тенденция определена как рекомендация внедрения ранних операций (1-4 года), что находит много сторонников. Операции в более позднем сроке (12-13 лет) в настоящее время не проводятся [56].

Методика уранопластики и сроки ее проведения активно влияют на черепно-лицевой рост. Развитие верхней челюсти в большой степени зависит от развития альвеолярных отростков и состояния сошниково-премаксиллярного шва [4, 15].

Чем раньше проведено оперативное вмешательство по устранению расщелины неба с восстановлением мышечной непрерывности мягкого неба, тем более благоприятны результаты формирования речи [47, 64, 65, 113, 114].

Некоторые исследователи считают, что проведение отсроченной пластики твердого неба приводит к более благоприятному развитию верхней челюсти [50].

Другие исследователи утверждают, что для избежания негативного влияния рубцевания и обеспечения развития речи надо использовать метод двухэтапной уранопластики [18]. Пластика мягкого неба осуществляется первым этапом, а через некий промежуток времени проводится пластика дефекта твердого неба [20, 91].

В Забайкальском специализированном межрегиональном центре в возрасте 1 года проводят уранопластику по методике Лангенбекка. Они считают, что более целесообразно проводить сразу одномоментное закрытие всех отделов твердого и мягкого неба [78].

Российским исследователем Гончаковым Г.В. было предложено выполнять двухэтапную уранопластику до 12 месяцев: 1 этап - пластика дефекта мягкого неба в 6 месяцев, 2 этап - пластика твердого неба в 11 – 12 месяцев.

В результате применения данной методики создаются благоприятные условия для развития верхнечелюстного комплекса. Носогубная мускулатура создает тягу, которая способствует перемещению верхнечелюстных фрагментов. Данная тяга и функция мышц мягкого неба благоприятно влияет на уменьшение расщелины в пределах дефекта твердого неба в течение 6 месяцев, и, в результате, создает условия для выполнения пластики дефекта твердого неба.

Гончаковым Г.В. с соавторами также проведено изучение характера зубочелюстных аномалий у 30 детей с врождённой односторонней полной расщелиной верхней губы и неба в возрасте 8-10 лет. Авторами были проанализированы угловые и линейные телерентгенологические параметры (метод А.М.Schwarz) в группах пациентов, распределённых в зависимости от времени и способа хирургического вмешательства.

Полученные данные свидетельствовали, что у всех пациентов, независимо от срока и используемого способа пластики неба, отмечаются различные отклонения показателей ТРГ параметров от нормы.

Однако наиболее выраженные нарушения отмечены у лиц, оперированных в один этап в возрасте до 1 года. Полученные авторами данные свидетельствовали, что двухэтапная пластика неба, выполненная в возрасте до 12 месяцев, обладает меньшим риском для последующего развития тяжелых деформаций лицевого скелета [18].

Изменения размеров верхней челюсти в сагиттальном и трансверсальном направлении у детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области изучали Capelozza Filho L и Correa Normando AD. В исследовании участвовали 40

детей 4-5 летнего возраста с полной односторонней расщелиной верхней губы и неба. Закрывание дефекта неба проводилось по двухэтапной методике до трехлетнего возраста. Контрольная группа детей включала в себя 27 человек с физиологическим временным прикусом. Сравнивались сагиттальные и трансверсальные параметры верхнего зубного ряда с использованием графического трехмерного анализатора с последующей статистической обработкой данных при помощи персонального компьютера.

При изучении 33 гипсовых моделей верхней челюсти детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области отмечалось незначительное отклонение сагиттальных размеров верхнего зубного ряда на стороне расщелины, но статистически достоверны отклонения длины верхнего зубного ряда были выявлены лишь у 5 пациентов. У оставшихся 7 больных длина переднего отрезка верхнего зубного ряда была в пределах средней возрастной нормы.

Анализ трансверсальных показателей не выявил статистически достоверного отличия ширины верхней зубной дуги у пациентов с расщелиной верхней губы и неба и трансверсальных параметров верхнего зубного ряда у пациентов из контрольной группы.

В заключении исследования авторы указывают на отсутствие негативного влияния двухэтапной уранопластики на рост и развитие верхней челюсти в трансверсальном направлении. Недостаточный рост верхней челюсти у 5 детей в сагиттальном направлении считают прямым следствием хирургической травмы.

Capelozza Filho L и Correa Normando считают двухэтапный способ проведения уранопластики наилучшей альтернативой в случае выбора хирургом метода закрывания расщелины неба [132].

Учитывая вышеизложенное, с целью благоприятного влияния на морфологическое состояние зубочелюстной системы и одновременного предупреждения грубых зубочелюстных деформаций лицевого скелета автор отмечает целесообразность проведения оперативного лечения пациентов с врожденной сквозной расщелиной верхней губы и неба в возрасте до 2 лет, используя методику двухэтапной щадящей пластики неба [132].

Татаринцевым М. М. в 2007 году было исследовано 68 детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба от рождения до 7 лет. Они были разделены на группы. В первую группу вошло 25 человек с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба, которым проводилось одномоментное закрытие дефекта неба. Во вторую группу вошло 43 человека, где уранопластика проводилась в два этапа. Контрольная группа состояла из 20 индивидуумов, которые не имели данного врожденного порока.

Результаты исследования показали, что во всех группах поперечные и продольные размеры верхнего зубного ряда были уменьшены по сравнению с контрольной группой. Степень сужения более выражена в области клыков. На уровне вторых временных моляров или первых постоянных моляров выявлено незначительное сужение. В максимальной степени сужение верхней челюсти в области клыков наблюдалось у пациентов первой группы, которым оперативное вмешательство проводилось по одномоментной методике, и в меньшей степени у индивидуумов из группы, где закрытие дефекта неба осуществлялось двухэтапно. Укорочение верхнего зубного ряда в большей степени было выражено у пациентов из первой группы по сравнению со второй [81].

Рубежовой И.С. изучены отдаленные результаты лечения сроком от 3 до 20 лет (60). В первую группу были включены пациенты, которым была выполнена одномоментная уранопластика в возрасте 10 – 13 лет и проводилось раннее ортодонтическое лечение. Во вторую группу вошли пациенты, которым оперативное вмешательство проводилось в таком же возрасте по аналогичной методике, однако раннее ортодонтическое лечение не осуществлялось. В следующей группе уранопластика по А. А. Лимбергу выполнялась в возрасте 2 - 4 лет, где ортодонтическое лечение в раннем детском возрасте не осуществлялось.

Сравнивались размеры верхней зубной дуги пациентов, у которых проведено раннее ортодонтическое лечение и у которых оно не было проведено. Установлено, что у детей первой группы верхняя челюсть росла и развивалась нормально. Дети второй группы, начиная с 3 лет, нуждались в постоянном

наблюдении врача-ортодонта и ортодонтическом лечении с целью предупреждения развития резко выраженных зубочелюстных аномалий. Детям третьей группы, у которых верхняя челюсть после раннего оперативного вмешательства на небе деформировалась, требовалась постоянная ортодонтическая помощь и диспансерное наблюдение [62].

Таким образом, в литературе достаточно освещены вопросы влияния различных методик и сроков проведения пластики дефекта неба на краниофациальный рост и морфологические параметры верхней челюсти в период сменного прикуса. Однако данные влияния метода пластики расщелины неба на морфометрические параметры лица и верхней челюсти в период постоянного прикуса практически не представлены.

1.2 Методы комплексного лечения и исследования пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба.

Комплексное лечение детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба является актуальным разделом медицины [8, 22].

Врожденная расщелина верхней губы и неба не только медицинская, но и социальная проблема мирового уровня [95, 142].

Для достижения хороших результатов реабилитации пациентов с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба лечение должно осуществляться в условиях специализированных центров высококвалифицированными специалистами [34, 35, 39, 40, 44, 54, 69, 80, 84, 92, 107, 111, 130, 131, 133, 167].

Дети с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба часто имеют сопутствующую патологию [7, 16].

На данный момент, не существует единого подхода к методам и срокам комплексной реабилитации таких больных [55].

В некоторых регионах России не хватает квалифицированных специалистов в этой области. По этой причине прием таких больных ведется без привлечения таких специалистов, как ортодонты, логопеды, психологи и т.п. [38]. В некоторых

регионах отсутствие ортодонтического лечения является причиной позднего хирургического лечения [62].

Успех комплексной реабилитации у пациентов с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба зависит от точного планирования лечения [110, 135, 146].

Нарушение роста и развития верхней челюсти у пациентов с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба по данным различных авторов имеют место в 80-100% случаев.

По мере роста ребенка после проведенных хейло и уранопластики деформация верхней челюсти усугубляется и влечет за собой вторичную деформацию челюстей, вызывая нарушение соотношения зубов, зубных рядов и челюстных костей [23, 28].

Одной из наиболее распространенных сагиттальных аномалий у пациентов с врожденной расщелиной является мезиальная окклюзия. От 16 до 22% подростков с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба нуждаются в проведении ортогнатического хирургического вмешательства [3, 157, 164].

Аномалии количества зубов, деформации зубных рядов, рубцовые деформации неба создают плохие условия для достижения оптимальной функциональной окклюзии [24, 28]. Многие пациенты отказываются от лечения из-за большой его продолжительности [41].

Поздняя уранопластика приводит к несимметричному сужению зубной дуги верхней челюсти, выраженному как в области клыка на стороне расщелины, так и в области моляров, нарастанию перекрестной окклюзии в области клыка на стороне поражения [9].

Развитие зубочелюстной системы у пациентов с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба имеет ряд особенностей, обусловленных врожденным недоразвитием верхней челюсти, отсутствием резцов в области расщелины альвеолярного отростка, прорезыванием премоляров в проекции

твёрдого неба, патологическим действием рубцов губы и неба, сдерживающим рост верхней челюсти [7, 76].

Участие ортодонта в реабилитации пациентов с односторонней расщелиной верхней губы и неба актуально с первых дней жизни ребенка и до окончания комплексной реабилитации.

Ортодонтическое лечение проводится на этапах подготовки к хирургическому лечению и в послеоперационном периоде. Перед ортодонтом стоят следующие задачи: нормализация положения фрагментов альвеолярного отростка верхней челюсти, нормализация положения зубов в зубных дугах, нормализация окклюзионных взаимоотношений [52, 167].

После проведения уранопластики, для устранения деформации верхней челюсти применяют съемные пластиночные аппараты. Однако независимо от сроков начатого лечения для пациентов с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба характерно ретроположение верхней челюсти, которое нормализуют по средствам внеротовых дополнительных тяг [74, 78, 162].

Длительный процесс ортодонтического лечения начинается с применения съемных ортодонтических аппаратов и завершается применением несъемной ортодонтической техникой [99, 109].

В современной ортодонтии необходимость использования слабых сил является общепризнанной концепцией. Практическое ее осуществление стало возможным с появлением Damon System, разработанной доктором Dwight Damon – членом Американской инновационной группы. Данная система является принципиально новым подходом к лечению зубочелюстных аномалий у детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области. Перед фиксацией брекет-системы пациентам с выраженным сужением верхней челюсти проводится ее расширение с применением несъемных аппаратов: - Hyrex, QuadHelix [98].

Организм в процессе роста стремится достичь оптимальной окклюзии с помощью трех компенсаторных механизмов: зубоальвеолярной компенсации, вертикальной гнатической компенсации и суставной компенсации [140, 144, 147].

Индивидуумы с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба имеют сопутствующие деформации верхней губы и верхней челюсти, что приводит к эстетическим недостаткам и к нарушению функции дыхания, глотания, жевания и речи [101, 105, 106, 128].

При лечении пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба центральная зона лица остается недоразвитой по сравнению с остальными участками челюстно-лицевой области [48]. Наиболее тяжелым проявлением деформации является недоразвитие верхней челюсти - микрогнатия [37]. Для лечения подобных больных должен применяться комбинированный способ - хирургический и ортодонтический [87, 89].

Использование современных методов исследования у детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области способствует правильной постановке диагноза и прогнозированию положительного результата лечения [79].

Ортопантограмма позволяет изучить изображение обеих челюстей, выявить положение зубов на каждой из них, с определенной степенью погрешности, определить форму и размер коронки и корня, определить направление прорезывания зубов [95, 158].

Также изучают боковые телерентгенограммы головы. Рентгеноцефалометрический анализ является самым объективным методом диагностики различных аномалий [109, 124].

С помощью измерений на диагностических моделях челюстей изучают аномалии положения отдельных зубов и их смыкание [31, 116]. У пациентов с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба очень трудно достичь оптимальной функциональной окклюзии или создать индивидуальный эстетический и функциональный оптимум в челюстно-лицевой области [102, 104, 166].

Электромиография – объективный метод исследования нейро-мышечной системы путем регистрации электрических потенциалов жевательных мышц. Этот метод позволяет оценить функциональное состояние зубочелюстной системы. Он

основан на исследовании двигательного аппарата путем регистрации биопотенциалов мышц [98].

В работах многих авторов прослеживается тесная взаимосвязь между окклюзионными характеристиками зубных рядов, парафункциями жевательных мышц и дисфункцией ВНЧС. Это обусловлено тесным морфофункциональным взаимодействием этих структур в челюстно-лицевой системе [29, 72].

По мнению ряда авторов, получение и анализ данных различных методик исследования, которые бы отображали состояние всех компонентов ВНЧС и жевательного аппарата (жевательной мускулатуры, окклюзионных контактов, костных и мягкотканых структур височно-нижнечелюстного сустава) в статическом и динамическом виде, позволили бы всесторонне оценить дисфункцию височно-нижнечелюстного сустава, разобраться в механизмах ее возникновения, планировать лечение [112, 117, 119, 134, 160].

Окклюзия зубных рядов является стабилизирующим фактором функционирования жевательных мышц, наряду с височно-нижнечелюстным суставом и нейромышечной регуляцией. Окклюзионные контакты зубных рядов и напряжение в пародонте, возникающее при жевании, через центральную нервную систему «программируют» работу жевательных мышц.

Электромиографическая картина жевательных мышц при произвольном жевании в норме характеризуется перемежающейся активностью одноименных мышц, согласованной функцией мышц антагонистов и синергистов, четкой сменой фаз активности и покоя в фазе одного жевательного движения. Утрата боковых зубов приводит к перестройке функциональной активности жевательных мышц. На стороне дефекта уменьшается амплитуда потенциалов мышечных сокращений, что вызывает дискоординацию функции височно-нижнечелюстного сустава [10, 99].

При врожденной расщелине верхней губы и неба наблюдается нарушение нормального слухоречевого взаимодействия, так как нарушается формирование правильных речевых кинестезий, в основе этого лежит дисфункция небо-глоточного смыкания, вследствие чего отмечается наличие назализованности речи

и компенсаторных артикуляций. Одной из главных задач комплексного лечения пациентов с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба является восстановление речи [21, 22, 42, 45].

Гиперназализованность речи является следствием той или иной формы небно-глоточной недостаточности [25, 145]. Гнусавость выступает симптомом нарушений как при открытой ринолалии (вследствие врожденной расщелины неба), так и при дизартрии, когда наличествует неврологическая микросимптоматика [49, 47, 139].

Для определения назализованности речи Матвеевым К.А. и Матвеевой А.С. были разработаны специальные тесты. Для определения качества небно-глоточного смыкания пациента просят надуть щеки, закрыть ноздри и удерживать воздух за щеками, а затем открывают ноздри. Если после открытия ноздрей воздух не утекает через нос, то можно считать, что небно-глоточный клапан закрыт. Также применяют тест на гиперназальность: произносят слова: бот, боты, быт, быть, букет, бурт, бита, бить, берет.

Все тестовые задания произносятся вначале с закрытым, затем со свободным носом. Тест на наличие назальной эмиссии: произносят слова: пепел, папа, попей, попал, пупы; бабы, бобик, буба. При проведении теста к ноздрям пациента подносят зеркало, степень эмиссии определяется по площади запотевания [45].

Наличие ринолалии требует как логопедической коррекции, так и ортодонтической помощи [75, 90, 136].

Рождение в семье ребенка с врожденной патологией лица в корне меняет образ жизни семей, в том числе непосредственно отражается на семейных взаимоотношениях и ведет к снижению качества жизни [73].

С психологической стороны, каждому ребенку с врожденной челюстно-лицевой патологией требуется поддержка специалиста, как для преодоления собственных комплексов и принятия себя, так и для адаптации к собственной внешности [13].

В возрасте от 11 до 18 лет ребенок с врожденной расщелиной верхней губы и неба должен быть физически и психологически адаптирован в социальной среде [103]. Для анализа психологического статуса детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба проводят анкетирование как самих пациентов, так и их родителей. С этой целью используют специально разработанные опросники.

Таким образом, при лечении пациентов в период прикуса постоянных зубов используются комплексные методы обследования. При этом широко применяется изучение морфометрических параметров лица, краниофациального комплекса, биометрическое исследование моделей челюстей, телерентгенография.

У детей изучается психологический статус и состояние функции речи. Результаты электромиографического исследования жевательных мышц у пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба мы в доступной литературе не встретили.

1.3 Эффективность комплексного лечения пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба.

Эффективность комплексной реабилитации определяется по результатам хирургического, ортодонтического и логопедического лечения, а также на основе оценок специалистов, которые участвовали в процессе лечения (отоларинголог, невролог, психолог и др.) [36, 59, 121, 79].

Организация специализированного центра реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба обеспечивает осуществление квалифицированного хирургического вмешательства, контроль ортодонта, логопеда, педиатра, оториноларинголога, психиатра, невролога, что позволит получить хорошие эстетические результаты, восстановить функциональные нарушения, препятствовать развитию вторичных изменений общего и местного характера, сформировать полноценную личность [1, 11, 12, 17, 27, 30, 53, 58, 77, 96, 97, 100, 168].

Обеспечение планомерного поэтапного лечения детей с врожденной патологией лица и определение эффективности реабилитации является основной задачей специализированного центра [31, 32, 60, 62, 87, 122, 141, 143, 163].

Важнейшей составляющей программы реабилитации больных с расщелиной верхней губы и неба является уранопластика [11, 51].

От эффективности хирургического этапа пластики расщелины неба зависят результаты оценки окклюзионных взаимоотношений и функции речи [85].

В последнее время увеличилась обращаемость детей старшего возраста с назальностью, небно-глоточной недостаточности. Она отсутствует в тех случаях, когда мышцы мягкого неба оптимально функционируют [21, 22, 38, 46].

Многие авторы утверждают, что необходимо завершать восстановление всех анатомических структур, проходящих через расщелину на первом году жизни. Ранняя нормализация функций сосания, глотания, жевания, дыхания, речи ускоряет рост верхней челюсти [57, 138].

Тем не менее, до сих пор нет единого мнения о сроках диспансерного наблюдения пациентов с врожденной аномалией челюстно-лицевой области [79].

Ортодонтическим путем не всегда удастся получить непрерывность верхнего зубного ряда [110]. Это связано с первичной адентией боковых резцов, гибелью зачатков зубов во время хирургических вмешательств, ранней потерей зубов вследствие несостоятельности твердых тканей или кариозного процесса, травматических поражений. В таких случаях ранее применялись ортопедические методы лечения — изготовление съемных пластиночных протезов или мостовидных протезов, что не всегда оптимально [98, 99].

Критерий оценки качества медико-социальной помощи включает не только полноценное анатомическое и функциональное восстановление врожденной расщелины губы и неба, но и наличие «хорошей» речи, удовлетворенность родителей и самого пациента социально-психологическими параметрами оказываемой ему комплексной помощи [86, 94].

Оценка эффективности окончательного результата многоэтапного лечения проводится в период прикуса постоянных зубов и после завершения роста лицевого скелета [79].

Анализ литературы показал, что в последние годы достигнуты значительные успехи в вопросах комплексного лечения и исследования пациентов с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба.

Обоснована необходимость ранней хирургической реабилитации детей с врожденной патологией лица.

В тоже время до настоящего времени, несмотря на многочисленные исследования отечественных и зарубежных исследователей, остаются спорными и широко обсуждаются вопросы выбора оптимального возраста ребенка и метода пластики дефекта неба у пациентов с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба.

Все вышеизложенное послужило основанием для проведения настоящего исследования.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

2.1. Дизайн исследования.

Исследование направлено на повышение эффективности лечения пациентов с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба. Дизайн клинического исследования – простое рандомизированное исследование в параллельных группах (рис. 1).

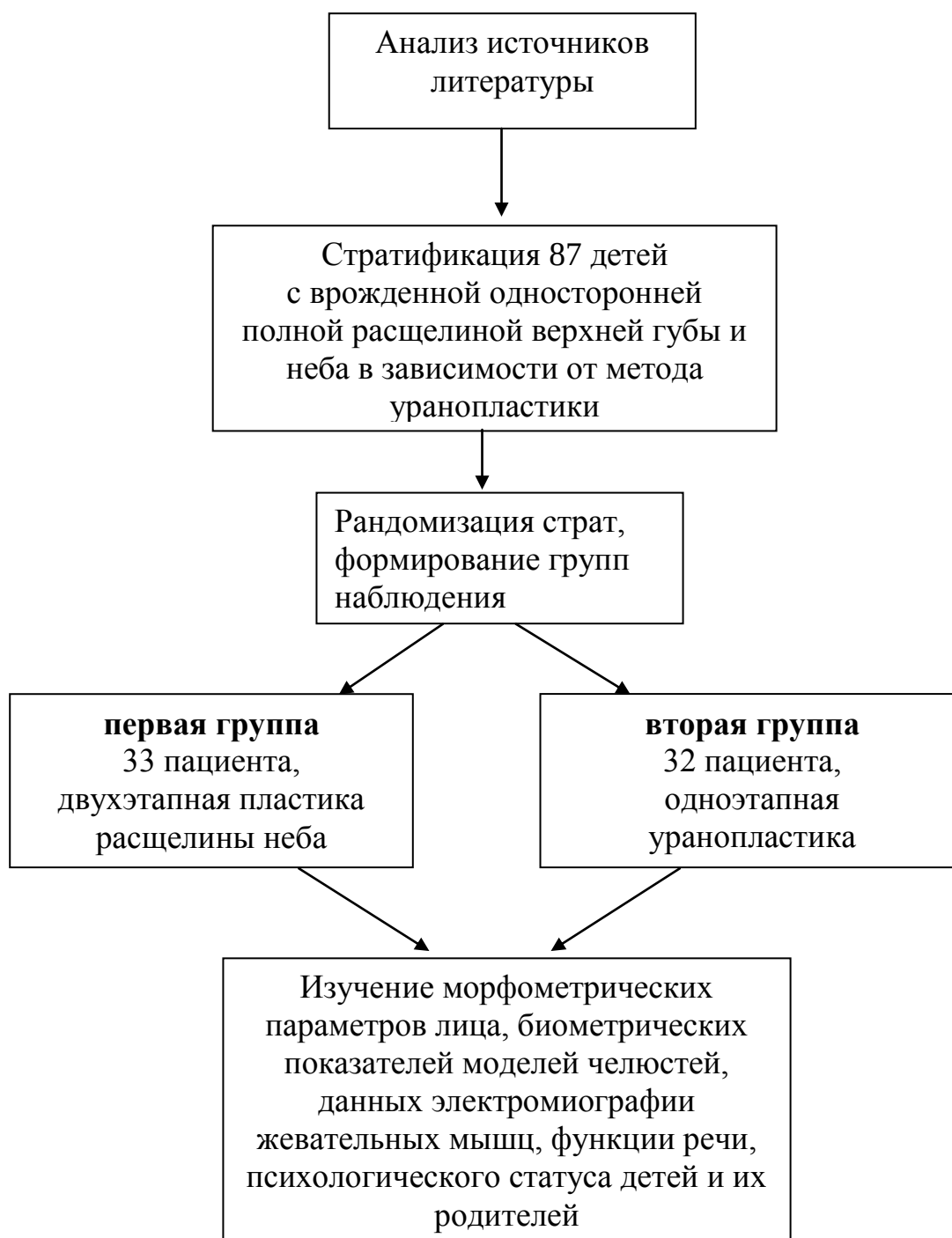


Рис. 1. Дизайн исследования.

Родителям пациентов, принимавшим участие в клиническом исследовании, в доступной и понятной форме дана полная информация о том, какие проблемы и осложнения могут возникать в ходе ортодонтического лечения. Они, также, были ознакомлены с необходимостью обследования, в ходе которого будут использованы стандартные современные методы диагностики. Участники исследования поставлены в известность о риске и возможных осложнениях при проведении этапов лечения.

Все родители дали добровольное информированное согласие на участие свое и своих детей в клиническом исследовании.

Первое направление исследования было посвящено изучению и анализу источников литературы, посвященных комплексному лечению детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба и оценке его результатов в зависимости от метода пластики дефекта неба.

Изучив и проанализировав современные источники литературы, мы выявили ряд нерешенных проблем и задач в выбранной теме исследования, что подтвердило ее актуальность.

Второе направление включало обследование 87 детей в возрасте от 14 до 17 лет (период прикуса постоянных зубов), наблюдавшихся в «Волгоградском областном центре диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области», с целью формирования групп наблюдения. Детям проводилось стандартное стоматологическое обследование, определялся комплекс лечебных и реабилитационных мероприятий. В исследование вошли 65 детей, чьи родители дали добровольное согласие на проведение исследования.

Третье направление предполагало применение современных методов изучения морфометрических показателей лица и зубочелюстных дуг у детей

групп наблюдения. Диагностика аномалии формы и размеров зубочелюстных дуг проводилась на основании биометрического исследования моделей челюстей.

Четвертое направление включало изучение электрической активности жевательных мышц, исследование функции речи и психологического статуса у детей групп наблюдения, а также изучение психологического состояния их родителей.

Пятое направление предполагало статистическую обработку полученных данных и определение эффективности комплексного лечения детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба в зависимости от метода пластики дефекта неба.

2.2. Общая характеристика пациентов.

Материалом для исследования послужили данные клинического обследования 87 детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба в возрасте 14-17 лет, находящихся на диспансерном учете в «Волгоградском областном центре диспансеризации детей с врожденной патологией лица».

Была проведена стратификация детей, в зависимости от применения одно- или двухэтапной уранопластики. Затем, среди страт методом простой рандомизации, были сформированы две группы наблюдения.

Пациентам первой (основной) группы (33 человека) закрытие дефекта неба проводилось в два этапа: велоластика выполнялась в возрасте 9-12 месяцев, уранопластика – в возрасте 2-3 лет. Во вторую группу (сравнения) вошли пациенты (32 человека), которым выполнялась одноэтапная пластика расщелины неба в возрасте 2-3 лет.

Пациентам обеих групп проводились комплексные методы обследования и лечения с привлечением всех специалистов (челюстно-лицевой хирург, ортодонт, педиатр, логопед, отоларинголог, офтальмолог, психоневролог) центра диспансеризации. Ортодонтическое лечение включало применение съемных пластиночных аппаратов.

Гендерное распределение пациентов в группах наблюдения представлено в таблице 1. Количество девочек и мальчиков в группах было примерно одинаковым.

Таблица 1

Количество пациентов исследуемых групп.

Гендерная принадлежность	Количество пациентов в группах:			
	Первая		Вторая	
	Абс.	%	Абс.	%
Мальчики	17	51,5	19	57,6
Девочки	16	48,5	13	39,4
ИТОГО	33	100	32	100

2.3.1. Методы исследования диагональных размеров и симметрии лица.

При проведении антропометрических исследований лица, измерения проводили с помощью модифицированных штангенциркулей (рис. 2).

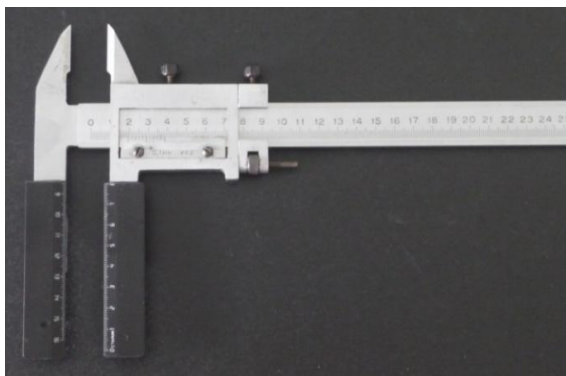


Рис. 2. Модифицированный штангенциркуль для измерения лица.

При исследовании головы пациента отмечали морфометрические точки, по которым проводились измерения. Получали снимки, на которых наносили ориентиры (точки и линии) с последующим анализом.

Проводили следующие измерения: козелковую ширину (t-t), диагональ лица (tr-sn) на здоровой стороне и на стороне расщелины. Измерения диагонали лица

проводили на стороне расщелины и на здоровой стороне от точки t (tragion) до sn (subnasale) (рис. 3).

Для оценки симметрии лица у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба нами был использован фотографический метод: делали фотографии лица пациента и сопоставляли две левые и две правые половины лица (рис. 4 а, б, в).



Рис. 3. Измерение диагонали лица.



Рис. 4. Фотографии лица пациента с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба в фас (а) и сопоставление из двух левых (б) и двух правых половин лица (в).

Определяли согласованность линии губ и улыбки (зрачково-губная высота на здоровой стороне и на стороне расщелины). Проводили зрачковую линию, губную линию, опускали перпендикуляры к углам рта и измеряли высоту от зрачковой линии до угла рта на здоровой стороне и на стороне расщелины (рис.5).

Из дополнительных методов исследования использовали: биометрическое исследование моделей челюстей, ортопантомографию, электромиографию.

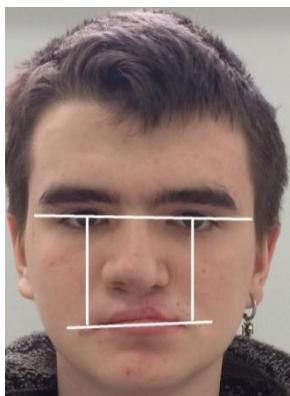


Рис. 5. Определение зрачково-губной высоты.

2.3.2. Методы биометрического исследования моделей челюстей.

В процессе анализа диагностических моделей челюстей производилось измерение зубных дуг в трансверсальном и сагиттальном направлениях. В трансверсальном направлении изучали ширину, в сагиттальном – глубину зубных дуг.

Измерения зубов и зубных дуг проводили штангенциркулем с заостренными ножками на гипсовых моделях челюстей.

Для определения асимметрии зубных дуг у детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба проводили измерение глубины дуги, ширины дуги в области вторых моляров на стороне расщелины и на здоровой стороне. Определяли ширину дуги в области клыков на здоровой стороне и на стороне расщелины. Проводили измерение фронтально-дистальной диагонали (ФДД).

С этой целью отмечали точки на медиальных и дистальных углах коронок резцов с вестибулярной стороны. В области клыков и премоляров ставили точки в наиболее выпуклой части вестибулярного контура окклюзионной поверхности коронки. В области моляров наносили точки наибольшей выпуклости вестибулярного контура окклюзионной поверхности вестибулярно-мезиального и вестибулярно-дистального одонтомеров. При измерении зубной дуги

фронтальную вестибулярную точку отмечали между медиальными резцами (рис. 6).



Рис. 6. Фотография гипсовой модели челюсти пациента с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба с нанесенными контурами зубной вестибулярной дуги.

Ширину зубной дуги измеряли в области клыков и вторых моляров на стороне расщелины и на здоровой стороне. Измерения проводили от точки на вестибулярном контуре зуба до перпендикуляра, опущенного из резцового сосочка к линии, соединяющей точки на дистальной поверхности вторых моляров (рис. 7).

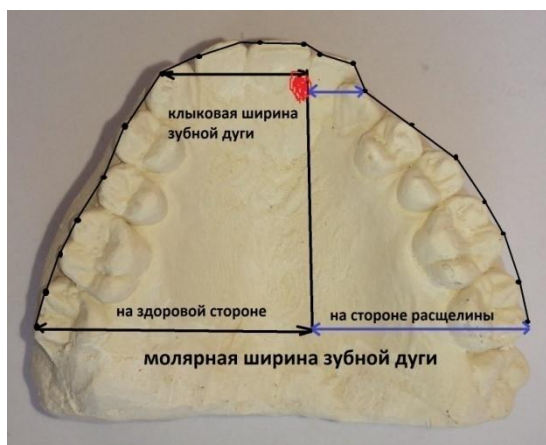


Рис. 7. Фотография гипсовой модели челюсти с нанесенными реперными линиями.

Фронтально-дистальную диагональ проводили от точки между центральными резцами до вестибулярно-дистальной точки вторых постоянных моляров (рис. 8)

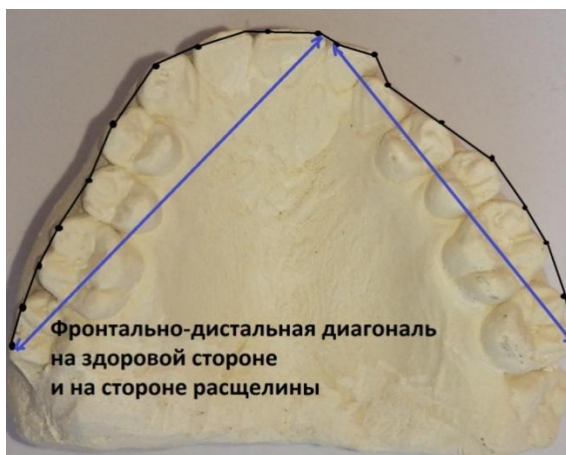


Рис. 8. Фотография гипсовой модели челюсти с нарисованной фронтально-дистальной диагональю до вторых постоянных моляров на здоровой стороне и на стороне расщелины.

Также проводили фронтально-дистальную диагональ от точки между центральными резцами до вестибулярного контура клыков на здоровой стороне и на стороне расщелины (рис. 9).



Рис. 9. Фотография гипсовой модели челюсти с нарисованной фронтально-дистальной диагональю до вестибулярного контура клыков на здоровой стороне и на стороне расщелины.

Считали сумму 7 мезиально-дистальных диаметров коронок зубов на здоровой стороне и делили на коэффициент 1,06. Затем сопоставляли с измеренной на модели фронтально-дистальной диагональю на здоровой стороне и на стороне расщелины. В норме эти величины должны быть равны.

На ортопантомографических снимках челюстей анализировали аномалии количества зубов в области дефекта альвеолярного отростка. Также проводили анализ симметрии расположения центральных резцов относительно эстетической линии.

Отмечали точки расположенные на нижнем крае вершины суставного бугорка скулового отростка височной кости справа и слева (темпоральные точки, Т). Соединяли скаты суставных бугорков и получали горизонтальную плоскость. От середины горизонтальной плоскости (Т-Т) опускали перпендикуляр и получали линию эстетического центра (рис. 10).



Рис. 10. Фотография ортопантомограммы пациента с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба с нанесенными линиями.

2.3.3. Методы исследования электрической активности жевательных мышц.

Поверхностная электромиография проводилась при помощи портативного электромиографа «Синапсис» «Нейротех» (Таганрог), адаптированного для стоматологических целей. Он представляет собой программно-аппаратный

комплекс, состоящий из блока регистрации, аналого-цифрового преобразователя и компьютерной программы, которая осуществляет обработку и выдачу результатов в виде графиков и числовых данных. Четырехканальный полнофункциональный электромиограф «Синапсис» предназначен для проведения диагностических нейрофизиологических исследований, регистрации и анализа основных электрофизиологических параметров двигательных, чувствительных и вегетативных нервных волокон и биоэлектрической активности мышц. 1 канал - m. Temporalis Dextra, 2 канал - m. Masseter Dextra, 3 канал - m. Temporalis Sinistra, 4 канал - m. Masseter Sinistra. Анализатор является частью аппаратно-программного комплекса, подключается по интерфейсу USB к персональному компьютеру, на котором установлено программное обеспечение для анализа электромиограммы. Исследование начинали с включения персонального компьютера, затем накладывали электроды на жевательные мышцы и запускали программное обеспечение по работе с анализатором. Регистрировались биоэлектрические потенциалы жевательных и височных мышц. Определяли симметричность работы височных (m.Temporalis dextra, m. Temporalis sinistra) и жевательных мышц (m. Masseter dextra, m. Masseter sinistra) в следующих пробах: проба «1»(сжатие зубов на стороне расщелины), проба «2» (сжатие зубов на здоровой стороне), проба «3» (Протрузия/Ретрузия), проба «4» (Открывание /Закрывание рта), проба «5» (Бруксизм), проба «6» (Ретрузия), проба «7» (привычная окклюзия). Асимметричной работой мышц считали при разнице в показателях справа и слева более 20%. Определяли максимальную амплитуду (MaxA), среднюю амплитуду (Ср. А) и площадь мышц. За норму показателя максимальной амплитуды (MaxA) принимали значения, не превышающие 2500 мкВ, показатели на правой и левой сторонах не должны различаться более, чем на 20%.

Программное обеспечение прибора автоматически рассчитывает индексы, которые позволяют систематизировать определяемые параметры и сделать правильный вывод по результатам проведенного исследования.

2.3.4. Методы исследования функции речи.

В ходе обследования у детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба изучалась произносительная сторона речи: звукопроизношение и речевое дыхание.

При изучении состояния звукопроизношения, проводили оценку произнесения гласных и согласных звуков изолировано, в словах, во фразах, в тексте.

Определяли характер нарушения произношения гласных и согласных звуков: искаженное произношение, назализованность ротовых и неназализованность носовых звуков.

У детей обеих групп, у которых было выявлено нарушение речи, определялась степень тяжести ринолалии (легкая, средней тяжести и тяжелая).

При исследовании речевого дыхания нами были определены объем речевого выдоха, его длительность.

2.3.5. Методы исследования психологического статуса детей и их родителей.

Для достижения поставленной в исследовании цели и решения соответствующей задачи был разработан и использован набор анкет с учётом принятых к анкетированию в социологии медицины требований (первые вопросы – преимущественно нейтрального характера, далее более сложные; вопросы социально-демографического блока, т.е. «паспортной части» завершали анкету; отсутствовали вопросы, характеризующиеся органической множественностью, составные вопросы и с двойным отрицанием; минимизировано количество вопросов с числом альтернативных ответов более 5-ти и др.). Акцент был сделан на следующие моменты:

- выяснение медицинских и психосоциальных эффектов от реализации разных тактик уранопластики (в 1 или 2 этапа);
- возможности проведения компаративного анализа мнений как подростков, которым реализовывались разные тактики уранопластики, так и родителей этих подростков (согласно современным требованиям социологии медицины);

- субъективность оценок «миловидности» лица с учетом особой значимости для подростков их внешнего вида.

Анкета для подростков, которым проводилась пластика дефекта неба, включала 13 вопросов. С её помощью было опрошено 65 подростков в возрасте 14-17 лет, которым ранее осуществлялось данное вмешательство. Юношей было 47 человек (72,3%), девушек - 18 (27,7%). Двухэтапная уранопластика была осуществлена у 33 подростков (они составили 1-ю группу); одноэтапная - у 32 (2-я группа). В 1-й группе юношей было 22 человека (66,7%), девушек -11(33,3%); во 2-й группе - 25 (78,1%) и 7 (21,9%) соответственно. Поскольку ответы юношей и девушек не отличались, то в диссертационном исследовании приведены обобщенные показатели без гендерной дифференциации.

Анкета для родителей подростков, которым проводилась двухэтапная уранопластика без учета «паспортной части» включала 25 вопросов. Было проведено анкетирование 33 родителей (все они являлись матерями); они образовали 1 группу родителей. Социальное положение респондентов данной группы было следующим: 19 человек (57,5%) были рабочими, 14 (42,5%) - служащими; 12 человек (36,4%) имели неполное среднее или среднее образование, 13 (39,4%) - среднее специальное и 8 (24,2%) - незаконченное высшее или высшее; 11 (33,3%) женщин проживали в крупном городе, 14 (42,5%) - в небольшом городе и 8 (24,2%) - в сельской местности.

Анкета для родителей подростков, оперированных одноэтапным методом, состояла из 18 вопросов (также без учета «паспортной части»). Было проанкетировано 32 родителя - 28 матерей (87,5%) и 4 отца (12,5%); они образовали 2 группу родителей. Социальное положение респондентов данной группы было следующим: 20 человек (62,5%) были рабочими, 12 (37,5%) - служащими; 14 человек (43,8%) имели неполное среднее или среднее образование, 8 (25,0%) - среднее специальное и 10 (31,2%) - незаконченное высшее или высшее; 4 (12,4%) женщин проживали в крупном городе, 14 (43,8%) - в небольшом городе и 14(43,8%) - в сельской местности.

2.4. Методы статистической обработки результатов исследования.

Статистическая обработку проводили из общей матрицы данных EXEL 7.0 (Microsoft, USA) с привлечением возможностей программ STATGRAPH 5.1 (Microsoft, USA) АРКАДА (Диалог-МГУ, Россия). Определяли средней величины, считали среднеквадратичное отклонение и ошибку репрезентативности. Затем, проводили оценку достоверности различий выборок по критерию Стьюдента (t), и определяли показатель достоверности (p). В дальнейшем полученные цифровые данные обрабатывали методами статистического анализа.

Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

3.1. Результаты исследования пациентов первой группы.

В первую (основную) группу вошли 33 пациента с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба в возрасте от 14 до 17 лет. Детям данной группы была выполнена двухэтапная пластика дефекта неба: велоластика в возрасте 9-12 месяцев и уранопластика в возрасте 2-3 лет.

Распределение пациентов в группах по гендерному признаку и типу расщелины представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение пациентов первой группы исследования.

Гендерная принадлежность	ВРГН правосторонняя		ВРГН Левосторонняя		Всего пациентов первой группы	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мальчики	12	54,5	5	45,5	17	51,5
Девочки	10	45,4	6	54,5	16	48,9
ИТОГО	22	100	11	100	33	100

Пациентам первой группы проводились комплексные методы обследования и лечения с участием всех специалистов центра диспансеризации.

Велоластика проводилась по модифицированной методике Швекендика с тщательным сопоставлением мышечного кольца мягкого неба. Проведение этапа пластики мягкого неба способствовало уменьшению ширины дефекта, что облегчало проведение пластики расщелины в пределах твердого неба. Уранопластика проводилась с мобилизацией слизисто-надкостничных лоскутов и высвобождением сосудисто-нервного пучка. Отслоенные слизисто-надкостничные лоскуты фиксировали к небу несколькими швами. Остальные этапы хирургического лечения (пластика дефекта альвеолярного отростка, коррекция носа и верхней губы по показаниям) выполнялись в соответствии с

программой, принятой «Волгоградским областным центром диспансеризации детей с врожденной патологией лица». (Рис. 11 а, б).

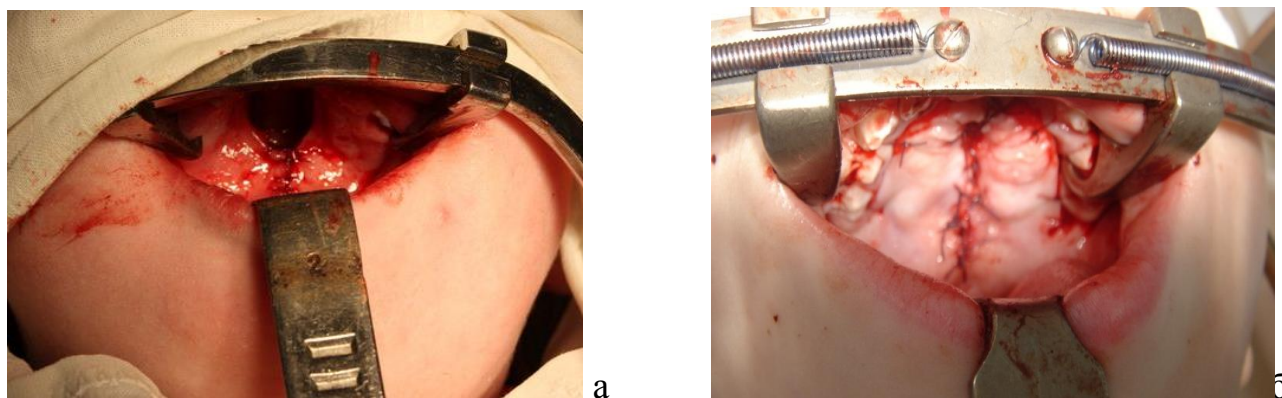


Рис. 11. Пациент после велоластики (а), после уранопластики (б).

Ортодонтическое лечение пациентов проводилось с применением съемных пластиночных аппаратов.

3.1.1. Результаты исследования диагональных размеров и симметрии лица пациентов первой группы.

Результаты исследования диагональных размеров лица показали, что величина диагонали на здоровой стороне (t-sn) составила $127,6 \pm 3,99$ мм, на стороне расщелины - $129,5 \pm 4,4$ мм, что свидетельствует о преобладании размера диагонали на стороне расщелины. Однако, эти различия не значимы ($p \geq 0,05$).

При определении согласованности линии губ и улыбки было выявлено, что расстояние от зрачковой линии до линии губ на стороне расщелины меньше ($73,7 \pm 1,78$ мм), чем на здоровой стороне ($75,2 \pm 1,56$ мм). Данные различия также не существенны ($p \geq 0,05$).

Таким образом, анализируя данные морфометрического исследования лица детей первой группы, нами не было выявлено существенных различий между показателями лицевой диагонали, а так же величиной расстояния от зрачковой линии до линии губ на здоровой стороне и на стороне расщелины.

3.1.2. Результаты биометрического исследования моделей челюстей пациентов первой группы.

При определении взаимоотношений зубных рядов оптимальная функциональная окклюзия наблюдалась у 69,7% детей первой группы.

Дистальную окклюзию имели 15,1% пациентов исследуемой группы. Перекрестная окклюзия встречалась у 9,1% детей. Мезиальная окклюзия наблюдалась у 6,6% пациентов. У всех детей отмечалась асимметрия зубной дуги верхней челюсти за счет адентии латерального резца на стороне расщелины.

Анализ результатов одонтометрии у детей первой группы показал, что сумма мезио-дистальных диаметров 14 зубов на верхней челюсти составляла $110,3 \pm 5,58$ мм. Расстояние между 7-7 зубами было $60,8 \pm 4,06$ мм. Глубина зубной дуги 1/7 соответствовала $39,4 \pm 0,5$ мм.

Результаты исследования зубных дуг у детей первой группы приведены в таблице 3.

Таблица 3

Основные параметры зубных дуг у детей первой группы.

Параметр	Среднее значение $M \pm m$, мм		t	p
	На здоровой стороне	На стороне расщелины		
Σ 7 зубов	$56,15 \pm 1,58$	$54,15 \pm 1,46$	0,22	$\geq 0,05$
Диагональ 1/3	$17,9 \pm 1,01$	$15,5 \pm 1,52$	0,52	$\geq 0,05$
Диагональ 1/7	$49,9 \pm 3,04$	$49,4 \pm 0,84$	0,27	$\geq 0,05$
Расстояние от клыка до срединной линии	$12,57 \pm 1,19$	$10,93 \pm 0,82$	0,98	$\geq 0,05$
Расстояние от второго моляра до срединной линии	$30,9 \pm 2,03$	$29,9 \pm 2,03$	0,54	$\geq 0,05$

Анализ измерений зубных вестибулярных дуг верхней челюсти у детей первой группы показал следующее: фронтально-дистальная диагональ, проведенная до вестибулярной поверхности клыка на стороне расщелины, составляла $15,5 \pm 1,52$ мм, на здоровой стороне - $17,9 \pm 1,01$ мм, различия между ними не существенны ($p \geq 0,05$).

Расстояние между вестибулярно-дистальной точки 7 зуба до перпендикуляра, опущенного от медиальной поверхности режущего края центрального резца на здоровой стороне, составило $30,9 \pm 2,03$ мм, на стороне расщелины - $29,9 \pm 2,03$ мм, различия не существенны ($p \geq 0,05$).

Фронтально-дистальная диагональ, проведенная до второго моляра на стороне расщелины, составила $49,4 \pm 0,84$ мм, на здоровой стороне - $49,9 \pm 3,04$ мм. Различия между правой и левой стороной не существенны ($p \geq 0,05$). Это свидетельствует о том, что асимметрия зубных дуг - не выраженная. В норме фронтально-дистальная диагональ, рассчитанная по формуле, равна $52,17 \pm 2,63$ мм. Ширина зубной дуги у детей первой группы меньше, как на стороне расщелины, так и на здоровой стороне. Следовательно, можно сделать заключение о некотором укорочении зубной дуги у детей с расщелиной губы и неба. Тем не менее, различия между показателями у пациентов первой группы и нормальными значениями, рассчитанными по формуле, не существенны, как на стороне расщелины, так и на здоровой стороне ($p \geq 0,05$).

По данным ортопантограммы адентия латерального резца на стороне расщелины наблюдалась у 21,2% детей. Средняя линия была смещена в сторону расщелины у 45,4% детей. Средняя величина смещения составила $1,31 \pm 0,24$ мм.

Таким образом, анализ результатов биометрического исследования гипсовых моделей челюстей показал, что у пациентов первой группы не выявлена выраженная асимметрия зубной дуги верхней челюсти. При этом нет существенных различий между величиной фронтально-дистальной диагонали на стороне расщелины и на здоровой стороне, по сравнению со значением нормы ($p \geq 0,05$). Величина фронтально-дистальной диагонали до вторых постоянных моляров, до клыков и от вторых моляров до средней линии на стороне расщелины и здоровой стороне так же существенно не отличаются ($p \geq 0,05$).

Проведенные измерения моделей челюстей пациентов первой группы позволили нам диагностировать некоторое укорочение зубной дуги верхней челюсти, которое существенно не отличалось от показателей при физиологической окклюзии.

3.1.3. Результаты исследования электрической активности жевательных мышц.

У детей первой группы для исследования электрической активности жевательных и височных мышц проводили электромиографию.

Показатели электрической активности височных и жевательных мышц представлены в таблице 4, 5.

Таблица 4

Показатели электрической активности височных мышц.

Мышцы	Среднее значение $M \pm m$				
	Проба	MaxA(мкВ)	Ср А (мкВ)	Площадь (мкВ*мс)	Суммарный потенциал, мВ
M. temporalis dextra / sinistra	1.Сжатие зубов на стороне расщелины	1763,25±147,6	362,6±37,8	546,90±64,60	1,93±0,18
	2.Сжатие зубов на здоровой стороне	1610,6±134,9	464,6±47,32	691,70±82,55	1,19±0,09
	3.Протрузия / Ретрузия	1326,75±105,1 5	224,0±14,15	343,39±39,10	1,24±0,09
	4.Открывание/ Закрывание рта	1803,80±125,3	293,4±24,63	438,20±47,05	1,28±0,08
	5.Бруксизм	2384,1±197,0	481,65±52,2	736,30±79,35	2,04±0,20
	6.Ретрузия	1351,85±76,85	291,35±8,82	475,85±27,80	1,07±0,05
	7.Привычная окклюзия	1237,7±214,55	302,15±48,0 5	384,05±69,05	0,92±0,12

Анализ симметричности работы мышц m. Temporalis dextra, m. Temporalis sinistra и m. Masseter dextra, m. Masseter sinistra показал следующее: в «1»пробе в 84,8% случаев показатели височных мышц были симметричны.

Таблица 5

Показатели электрической активности жевательных мышц.

Мышцы	Среднее значение $M \pm m$				
	Проба	MaxA(мкВ)	Ср А (мкВ)	Площадь (мкВ*мс)	Суммарный потенциал, мВ
M. masseter dextra / sinistra	1.Сжатие зубов на стороне расщелины	1712,10±121,0	432,80±47,25	644,25±69,76	1,93±0,18
	2.Сжатие зубов на здоровой стороне	1524,05±49,70	424,72±41,25	614,90±62,30	1,46±0,11
	3.Протрузия / Ретрузия	1371,15±153,1	256,75±22,90	378,95±45,20	1,50±0,10
	4.Открывание/Закрывание рта	1731,60±114,0	327,80±23,90	478,35±41,74	1,28±0,08
	5.Бруксизм	2046,60±172,5	498,55±65,90	733,40±93,70	2,04±0,20
	6.Ретрузия	1111,95±91,20	241,30±17,59	389,90±40,70	1,07±0,05
	7.Привычная	891,85±161,10	207,35±28,37	250,45±40,88	0,92±0,07

	ОККЛЮЗИЯ				
--	----------	--	--	--	--

Асимметрия показателей электрической активности мышц наблюдалась чаще всего за счет повышения активности мышц на стороне расщелины. У 15,2% наблюдалась повышенная активность m. Temporalis dextra, по сравнению с m. Temporalis sinistra. В пробе «6» в 72,7% случаев показатели височных мышц были симметричны. У 12,1% пациентов наблюдалась повышенная активность m. Temporalis dextra, по сравнению с m. Temporalis sinistra. У 15,1% пациентов была выявлена повышенная активность m. Temporalis sinistra, по сравнению с m. Temporalis dextra. В пробах: «2», «3», «4», «5», «7» показатели работы височных мышц были симметричны у 100% детей.

Интерпретируя результаты электромиографии можно сделать вывод, что у пациентов первой группы признаки мышечной дисфункции, обусловленные окклюзионными нарушениями, наблюдались только в двух пробах: «1» (Сжатие зубов на стороне расщелины) и «6» (Ретрузия). Остальные значения были в пределах нормы.

Для иллюстрации результатов электромиографии приводим клиническое наблюдение.

Пациент А., 08.03.1999 года рождения, родился и проживает в Волгоградской области. В Центре диспансеризации г. Волгограда наблюдается с 1999 года с диагнозом: Врожденная левосторонняя полная расщелина верхней губы и неба». В анамнезе: в возрасте 12 месяцев выполнена первичная хейлопластика с основными элементами методики Милларда, в возрасте 1,5 года - велоластика, в 3 года – уранопластика. Находился на лечении съемными пластиночными аппаратами с 2002 по 2016 год. Ортодонтический диагноз: Левосторонняя палатиноокклюзия. Аномалии положения 11, 12, 21 зубов. Смыкание боковой группы зубов по I классу Энгля.

Фотографии лица в фас и профиль, зубных рядов представлены на рисунках 11 (а, б, в) и 12 (а, б, в).

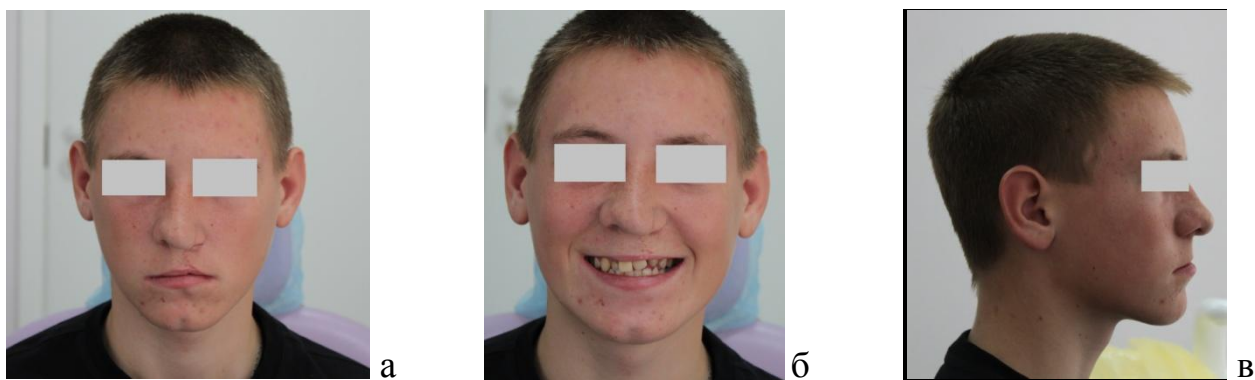


Рис. 12. (а, б, в). Фото лица пациента А. в фас (а), с улыбкой (б), в профиль (в).



Рис. 13. Фотографии смыкания зубных рядов во фронтальном отделе (а), на здоровой стороне (б), на стороне расщелины (в).

Пациенту А. проводилась электромиография прибором Synapsis (Россия). Оценивалась биоэлектрическая активность *m. Temporalis dextra*, *m. Masseter dextra*, *m. Temporalis sinistra*, *m. Masseter sinistra*. Электромиограммы представлены на рисунках (14 а, б, в, г, д, е).

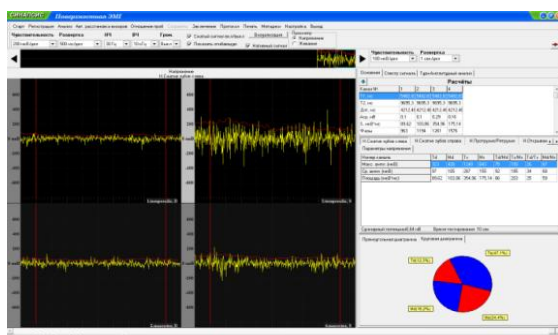


Рис. 14 а. Показатели биоэлектрической активности мышц у пациента первой группы в пробе «Сжатие зубов на стороне расщелины» (слева). Активность *m. Temporalis s.* преобладает над *m. Temporalis d.*, *m. Masseter s.* преобладает над *m. Masseter d.*, что является нормой на стороне сжатия.



Рис. 14 д. Показатели биоэлектрической активности мышц у пациента 1 группы в пробе «Бруксизм». Показатели симметричны справа и слева.

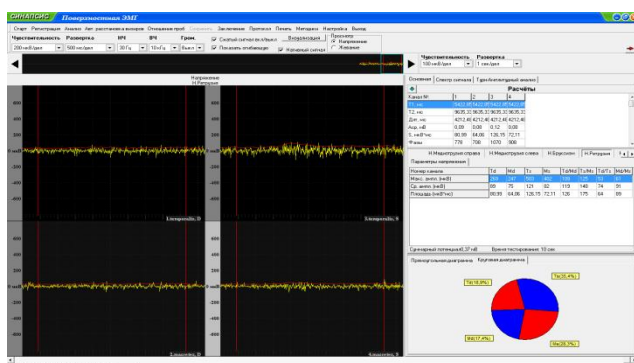


Рис. 14 е. Показатели биоэлектрической активности мышц у пациента 1 группы в пробе «Ретрузия». Отмечается невыраженная асимметрия (менее 20%).

Таким образом, у данного пациента выявлены признаки мышечной дисфункции в пробе «Открытие / Закрывание». Биоэлектрическая активность жевательной и височной мышцы в других пробах была в пределах нормы.

3.1.4. Результаты исследования речи пациентов первой группы.

В первой группе из 33 детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба у 15 человек отмечалось нарушение речи, что составило 45,4%. В дальнейшем среди них были более детально изучены разновидности речевых нарушений.

У детей с нарушениями речи отмечалась ринолалия различной степени тяжести. Легкая степень наблюдалась у 73,3% детей, средняя степень тяжести отмечалась у 26,7% детей. Тяжелая степень ринолалии не наблюдалась. При исследовании звучания голоса отмечался гиперназальный глухой оттенок. Артикуляция сдвигалась назад вследствие атипичного расположения языка, в

результате чего большинство согласных фонем образовывалась фарингеально-ларингеальным способом. Была нарушена произносительная сторона губно-губных (П, Б, П', Б', М', М) и губно-зубных звуков (Ф, В, Ф', В').

С учетом результатов исследования среди детей с нарушениями речи, была выявлена дизартрия с фонетическими нарушениями. Это характеризовалось недостатками произносительной стороны речи, которая характеризовалась нарушениями звукопроизношения, речевого дыхания и просодики. Показатели речевых нарушений представлены в таблице 6.

Таблица 6

Речевые нарушения пациентов первой группы.

N п/п	Параметр	1 группа, %
1	Нарушение речи	45,4±13,3
2	Снижение четкости артикуляции и незначительное ухудшение разборчивости речи	66,6±12,6
3	Нечеткая артикуляция и умеренно выраженное снижение разборчивости речи	20,0±10,6
4	Значительное нарушение разборчивости речи	13,3±9,07
5	Хорошая сформированность речевого выдоха	53,3±13,3
6	Незначительная недостаточность речевого выдоха	33,3±12,6
7	Умеренно выраженная недостаточность речевого выдоха	13,3±9,07
8	Слабый короткий речевой выдох, нарушены голосообразование и артикуляция	0

Среди детей с нарушениями речи в ходе изучения звукопроизношения в 66,6% случаев наблюдалось снижение четкости артикуляции и незначительное ухудшение разборчивости речи. В 20% случаях отмечались нечеткость

артикуляции и умеренно выраженное снижение разборчивости речи. Значительное нарушение разборчивости речи наблюдалось у 13,3% детей.

Среди пациентов первой группы с нарушениями речи при исследовании развития речевого дыхания была выявлена хорошая сформированность речевого выдоха у 60% детей. У 26,6% детей наблюдалась незначительная недостаточность речевого выдоха. Умеренно выраженная недостаточность речевого выдоха наблюдалась у 13,3% детей данной группы.

Таким образом, почти половина пациентов исследуемой группы (45,4%) имели нарушения речи в виде ринолалии различной степени выраженности. Результаты проведенного исследования подтверждают необходимость комплексной реабилитации детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба, направленной на восстановление функции артикуляции и достижение оптимальной функциональной окклюзии.

3.1.5. Результаты исследования психологического статуса пациентов первой группы и их родителей.

После проведения этапа велоластики (в период около 1 года) практически все родители детей первой группы (93,9%) отметили улучшение питания ребёнка (отрицали это всего 6,1%). В частности, пища меньше стала попадать в полость носа или практически перестала попадать (на это указали 63,6% родителей), вес ребёнка стал увеличиваться и соответствовать «возрастным нормам» (39,4%), ребенок стал больше кушать (18,2%), у ребенка уменьшился или даже исчез рвотный рефлекс при приеме пищи (18,2%). По мнению 48,5% родителей случаи аспирации после велоластики практически исчезли, ещё 39,4% считали, что они стали значительно реже; остальные родители решили, что случаи аспирации стали незначительно реже (6,1%) или их частота практически не изменилась (6,0%).

В целом, спустя несколько месяцев после проведения этапа велоластики, ребёнок стал реже болеть (на это указали 45,4% родителей), стал более активным (39,4%) и менее капризным (33,3%). Остальные 15,1% родителей решили, что состояние ребёнка после операции практически не изменилось.

Соответственно, хорошим результат проведенного лечения (когда ребёнку было около одного года) посчитали 93,9% родителей и удовлетворительным - 6,1%; мнения, что результат велоластики был плохим или эффект отсутствовал не было встречено.

Проведения этапа велоластики положительно сказалось и на самочувствии самих родителей: все 33 человека (100,0%) отметили улучшение своего состояния. В частности, они стали более жизнерадостными из-за улучшения самочувствия ребенка (57,5%), у них уменьшились проблемы с кормлением ребенка, что освободило много времени и сил и др. (48,4%), стали меньше беспокоиться за ребенка (24,2%).

Таким образом, приведённые результаты анкетирования родителей однозначно свидетельствуют об их позитивных оценках результатов этапа велоластики, проведенного их детям.

В то же время подавляющее большинство родителей (89,2%) задумывались о вероятности рождения детей с врожденной патологией в будущей семье своего ребёнка в 78,7% случаев.

Так как для детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и нёба очень характерны нарушения речи, то следующий блок вопросов анкет был посвящён именно этому. Выраженными отмеченные нарушения считали 54,5% родителей, а незначительными - 45,5% родителей у своих детей в дошкольном возрасте.

В то же время, как отметили все родители, их дети занимались с логопедом, что соответствует современным подходам к организации оказания логопедической помощи.

Следующий блок вопросов анкет был посвящен влиянию врожденной односторонней расщелины верхней губы и нёба на психологическое состояние их детей и возникающие / возникавшие проблемные ситуации. По мнению 63,1% родителей отношение других детей к их ребёнку в дошкольном возрасте практически ничем не отличалось от отношения к другим детям, а 36,9% высказали прямо противоположную точку зрения. Родители первой группы

считали, что отношение к их детям было таким же, как и к другим в 87,9% и в 5 раз реже отмечали другое отношение в 12,1%.

Как положительное явление стоит отметить то, что наличие врожденной патологии у ребенка в подавляющем большинстве случаев не повлияло на взаимоотношения в семье в 84,8%.

Проведённое нами анкетирование показало, что родители детей, оперированных двухэтапным методом, в целом, позитивно оценивают эффективность проведения 1-го этапа (в возрасте около одного года).

Таким образом, анализируя результаты исследования пациентов первой группы, мы пришли к заключению:

- при морфометрическом исследовании параметров лица не выявлено существенных различий между показателями лицевой диагонали на здоровой стороне и на стороне расщелины; нет существенных различий между расстоянием от зрачковой линии до линии губ на здоровой стороне и на стороне расщелины.
- при анализе данных биометрического исследования гипсовых моделей определено, что у пациентов первой группы не выявлена выраженная асимметрия зубной дуги верхней челюсти: нет значимых различий между ФДД на стороне расщелины и на здоровой стороне, по сравнению со значением нормы ($p \geq 0,05$); нет существенных различий между значениями ФДД до вторых моляров на здоровой стороне и на стороне расщелины ($p \geq 0,05$); различия между значениями ФДД до клыков на здоровой стороне и на стороне расщелины ($p \geq 0,05$) не значимы; нет существенных различий между расстоянием от вторых моляров до средней линии на стороне расщелины и на здоровой стороне ($p \geq 0,05$).
- При исследовании электрической активности височных и жевательных мышц у пациентов первой группы показателей, превышающих средние значения нормы, не выявлено. В пробах «2», «3», «4», «5», «7» показатели на здоровой стороне и на стороне расщелины были симметричны в 100%

случаев. В пробе «1» и «6» симметричные показатели наблюдали 84,8% и 72,7% случаев.

- Нарушение функции речи наблюдалось почти у половины детей первой группы (45,4%). Нарушения речи чаще проявлялось в виде наличия ринолалии легкой степени (73,3%).
- После проведения велоластики большинство родителей (93,9%) отметили улучшение питания ребёнка, в том числе за счет меньшей аспирации пищи, увеличения веса ребенка, уменьшения рвотного рефлекса. Проведение этапа велоластики положительно сказалось и на самочувствии самих родителей: все 33 человека (100,0%) отметили улучшение своего состояния.

3.2. Результаты исследования пациентов второй группы.

Во вторую группу (сравнения) вошли 32 пациента с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба в возрасте от 14 до 17 лет. Детям данной группы была выполнена одноэтапная уранопластика в возрасте 2-3 лет.

Распределение пациентов в группе по гендерному признаку и типу расщелины представлено в таблице 7.

Таблица 7

Распределение пациентов второй группы исследования.

Гендерная принадлежность	ВРГН правосторонняя		ВРГН Левосторонняя		Всего пациентов второй группы
	Абс.	%	Абс.	%	
Мальчики	9	69,2	10	52,6	19
Девочки	4	30,7	9	47,4	13
ИТОГО	13	100	19	100	32

Пациентам второй группы проводилось комплексное поэтапное лечение и диспансерное наблюдение с привлечением всех специалистов центра диспансеризации.

Уранопластика проводилась по щадящей методике с мобилизацией слизисто-надкостничных лоскутов и высвобождением сосудисто-нервного пучка. Отслоенные слизисто-надкостничные лоскуты фиксировали к небу несколькими швами. После уранопластики оперативное лечение (пластика дефекта альвеолярного отростка, коррекция носа и верхней губы по показаниям) выполнялось по программе, принятой «Волгоградским областным центром диспансеризации детей с врожденной патологией лица». (Рис. 15 а, б).

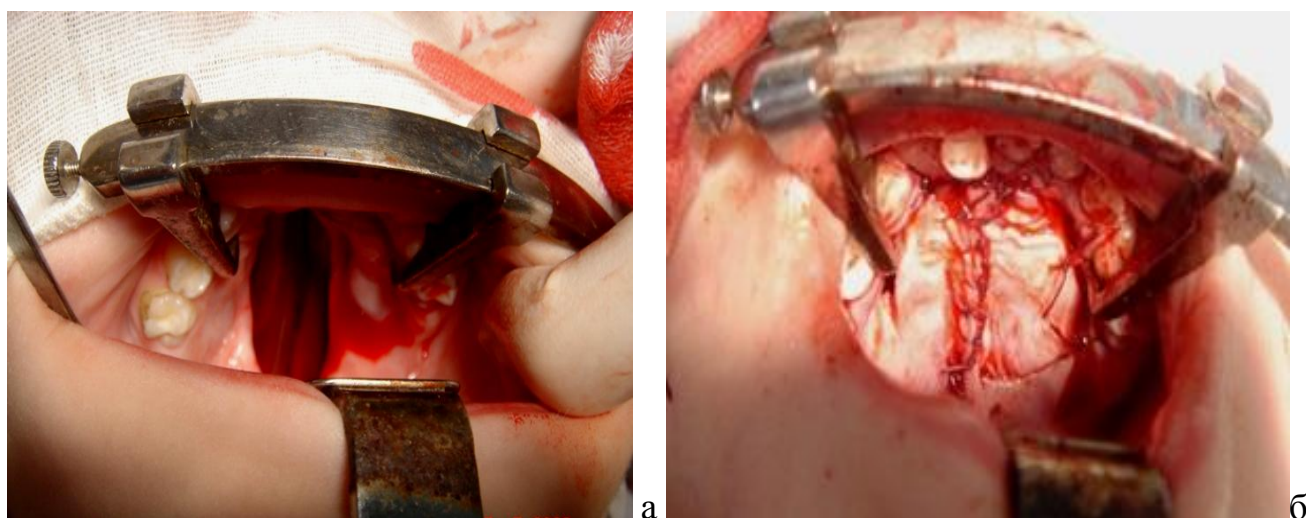


Рис. 15. Пациент перед проведением уранопластики (а), после проведения уранопластики (б).

Ортодонтическое лечение включало применение съемных пластиночных аппаратов.

3.2.1. Результаты исследования диагональных размеров и симметрии лица пациентов второй группы.

Результаты исследования диагональных размеров лица показали, что величина диагонали на здоровой стороне (t-sp) составила $128,3 \pm 4,69$ мм, на стороне расщелины - $130,5 \pm 4,93$ мм, что свидетельствует о преобладании размера на стороне расщелины, однако эти различия не существенны ($p \geq 0,05$).

При определении согласованности линии губ и улыбки было выявлено, что расстояние от зрачковой линии до линии губ на стороне расщелины меньше

(73,5±2,9 мм), чем на здоровой стороне (75,1±2,88 мм), однако эти различия не значимы ($p \geq 0,05$).

Таким образом, анализируя данные морфометрического исследования лица детей первой группы, нами не было выявлено существенных различий между показателями лицевой диагонали, а так же величиной расстояния от зрачковой линии до линии губ на здоровой стороне и на стороне расщелины.

3.2.2. Результаты биометрического исследования моделей челюстей пациентов второй группы.

При определении взаимоотношений зубных рядов оптимальная функциональная окклюзия наблюдалась у 46,8% детей. Дистальную окклюзию имели 25,0% детей. Перекрестная окклюзия встречалась у 18,7% детей. Мезиальная окклюзия наблюдалась у 9,4% детей. У всех детей с адентией латерального резца отмечалась асимметрия зубной дуги верхней челюсти на стороне расщелины.

Анализ результатов одонтометрии у детей второй группы показал, что сумма мезио-дистальных диаметров 14 зубов составляет 106,4±3,3 мм, расстояние между 7-7 - 58,3±3,49 мм, глубина зубной дуги 1/7 - 38,6±1,74 мм.

Анализ измерений зубных дуг верхней челюсти у детей второй группы показал следующее: фронтально-дистальная диагональ, проведенная до вестибулярной поверхности клыка на стороне расщелины, составила 12,8±1,06 мм, на здоровой стороне - 18,9±1,64 мм, эти различия существенны ($p \leq 0,05$).

Расстояние от вестибулярной поверхности клыка до срединной линии на стороне расщелины составило - 7,81±1,06 мм, на здоровой стороне - 14,8±0,82 мм, что свидетельствует о существенном уменьшении ширины в области клыков на стороне расщелины ($p \leq 0,05$).

Результаты исследования зубных дуг у детей первой группы приведены в таблице 8.

Таблица 8

Основные параметры зубных дуг у детей второй группы.

Параметр	Среднее значение $M \pm m$, мм		t	p
	На здоровой стороне	На стороне расщелины		
Σ 7 зубов	55,4 $\pm$ 2,93	51,03 $\pm$ 4,26	0,69	$\geq 0,05$
Диагональ 1/3	18,9 $\pm$ 1,64	12,8 $\pm$ 1,06	3,1	$\leq 0,005$
Диагональ 1/7	49 $\pm$ 0,84	45,6 $\pm$ 0,94	2,72	$\leq 0,05$
Расстояние от клыка до срединной линии	14,8 $\pm$ 0,82	7,81 $\pm$ 1,06	2,34	$\leq 0,05$
Расстояние от второго моляра до срединной линии	32,6 $\pm$ 2,4	27,9 $\pm$ 0,79	1,86	$\geq 0,05$

В норме фронтально-дистальная диагональ, рассчитанная по формуле, равна 50,1 $\pm$ 1,55 мм. Фронтально-дистальная диагональ, проведенная до второго моляра на стороне расщелины, составила 45,6 $\pm$ 0,94 мм, на здоровой стороне - 49 $\pm$ 0,84 мм. Различия значимы ($p \leq 0,05$), что свидетельствует о наличии асимметрии зубной дуги верхней челюсти. На обеих сторонах зубной дуги это меньше, чем показатель, рассчитанный по формуле. Следовательно, можно сделать вывод об укорочении зубной дуги. Различия между показателями у пациентов и нормальными значениями, рассчитанными по формуле, существенны на стороне расщелины ($p \leq 0,05$) и не значимы на здоровой стороне ($p \geq 0,05$).

Расстояние между вестибулярно-дистальной точкой 7 зуба и перпендикуляром, опущенным из точки на медиальной поверхности режущего края центрального резца, на здоровой стороне составило 32,6 $\pm$ 2,4мм, на стороне

расщелины - $27,9 \pm 0,79$ мм, что свидетельствует о несущественном уменьшении ширины зубной дуги в области вторых моляров на стороне расщелины ($p \geq 0,05$).

При анализе ортопантограммы челюстей адентию латерального резца на стороне расщелины наблюдали у 24,2% детей. Средняя линия смещена в сторону расщелины у 56,25% детей. Средняя величина смещения составила $1,34 \pm 0,48$ мм.

Таким образом, анализ результатов биометрического исследования гипсовых моделей челюстей показал, что у пациентов второй группы выявлена выраженная асимметрия зубной дуги верхней челюсти. При этом величина фронтально-дистальной диагонали на стороне расщелины и на здоровой стороне проведенная до вторых моляров существенно различается, ($p \leq 0,05$). Величина фронтально-дистальной диагонали от клыков до срединной линии на здоровой стороне и на стороне расщелины имеет значимые различия ($p \leq 0,005$) и от вестибулярной поверхности клыка до срединной линии на стороне расщелины и на здоровой стороне ($p \leq 0,05$).

Проведенные измерения моделей челюстей пациентов второй группы позволили нам диагностировать укорочение зубной дуги верхней челюсти, которое существенно отличалось от показателей при физиологической окклюзии.

3.2.3. Результаты исследования электрической активности жевательных мышц пациентов второй группы.

Выявлена повышенная электрическая активность (max A), по сравнению с нормой, m. Temporalis у пациентов второй группы в пробе «4» ($3056,85 \pm 422,20$ мкВ) и в пробе «5» ($2779,00 \pm 191,75$ мкВ). Повышенной электрической активности (max A) m. Masseter у пациентов второй группы не наблюдали. С показателями max A (мкВ), и ср. A (мкВ) коррелирует показатель площади.

Результаты, полученные при электромиографическом исследовании височных и жевательных мышц, представлены в таблицах 9, 10.

Таблица 9

Показатели электрической активности височных мышц.

Мышцы	Среднее значение $M \pm m$				
	Проба	Max A (мкВ)	Ср A (мкВ)	Площадь (мкВ*мс)	Суммарный потенциал, мВ
M. temporalis dextra / sinistra	1.Сжатие зубов на стороне расщелины	2216,75±162,9	502,65±47,95	683,56±67,4	1,50±0,10
	2.Сжатие зубов на здоровой стороне	2230,00±275,4	493,20±68,96	688,15±104,2	1,76±0,08
	3.Протрузия / Ретрузия	1306,35±94,60	196,82±13,55	233,40±23,55	1,56±0,11
	4.Открывание/Закрывание рта	3056,85±422,2	343,90±24,94	437,10±37,40	1,35±0,08
	5.Бруксизм	2779,00±191,7	540,15±62,70	732,30±52,31	1,82±0,13
	6.Ретрузия	878,45±65,80	165,75±13,14	173,25±20,95	1,11±0,08
	7.Привычная окклюзия	409,25±31,15	117,10±5,45	118,20±7,12	0,40±0,01

Показатели электрической активности жевательных мышц.

Мышцы	Среднее значение $M \pm m$				
	Проба	Max A (мкВ)	Ср A (мкВ)	Площадь (мкВ*мс)	Суммарный потенциал, мВ
M. masseter dextra/ sinistra	1.Сжатие зубов на стороне расщелины	1375,00±138,2	333,55±30,35	450,35±45,40	1,50±0,10
	2.Сжатие зубов на здоровой стороне	1473,95±119,3	347,85±25,85	472,05±39,15	1,76±0,14
	3.Протрузия / Ретрузия	922,75±106,00	197,65±17,81	250,70±34,15	1,56±0,11
	4.Открывание/ Закрывание рта	2216,35±393,9	268,25±19,59	352,00±28,93	1,35±0,08
	5.Бруксизм	1754,25±132,2	329,05±17,80	436,45±25,19	1,82±0,13
	6.Ретрузия	1191,70±99,65	304,15±29,38	415,85±44,40	1,11±0,08
	7.Привычная окклюзия	304,00±21,80	93,75±2,31	88,60±5,61	0,40±0,01

Анализ симметричности электрической активности показал следующее. У пациентов второй группы в пробе: «1» в 75% показатели жевательных мышц были симметричны. У 25% наблюдалась повышенная активность m. Masseter sinistra, по сравнению с m. Masseter dextra. В пробе «2» в 75% случаев, показатели жевательных мышц были симметричны. У 25% наблюдалась

повышенная активность m. Masseter sinistra по сравнению с m. Masseter dextra. В пробе «3» в 87,8% показатели жевательных мышц были симметричны. У 12,1% наблюдалась повышенная активность m. Masseter sinistra по сравнению с m. Masseter dextra. В пробе «7» в 84,8% показатели жевательных мышц были симметричны. У 15,1% наблюдалась повышенная активность m. Masseter sinistra по сравнению с m. Masseter dextra. В пробе «5» в 84,8% показатели жевательных мышц были симметричны. У 15,1% наблюдалась повышенная активность m. Masseter sinistra по сравнению с m. Masseter dextra. В пробах: «4», «6» симметричность работы жевательных мышц в пределах нормы была в 100%. Таким образом, асимметрия показателей электрической активности мышц наблюдалась чаще всего за счет повышения активности мышц на стороне расщелины.

Для иллюстрации результатов электромиографии приводим клиническое наблюдение пациента второй группы.

Пациент Д., 26.11.2001 года рождения, родился и проживает в Волгоградской области. В Центре диспансеризации г. Волгограда наблюдается с 2001 года с диагнозом «Врожденная левосторонняя полная расщелина верхней губы и неба». В анамнезе: в возрасте 6 месяцев выполнена первичная хейлопластика с основными элементами методики Милларда, в возрасте 3 лет – уранопластика. Проводилось ортодонтическое лечение съемными пластиночными аппаратами с 2006 по 2016 год.

Ортодонтический диагноз: Левосторонняя палатиноокклюзия. Глубокая резцовая окклюзия. Трансверсальная резцовая окклюзия. Аномалии положения 21, 22, 23 зубов. Смыкание боковой группы зубов слева по II классу Энгля, справа по I.

У пациента вогнутый профиль, позитивная верхняя и нижняя губа, отсутствие губной ступеньки (по Шварцу), ретрузионный профиль губ по Рикеттсу. Фотографии лица в фас, с улыбкой и в профиль представлены на рис. 16 (а, б, в).



Рис. 16. (а, б, в). Фото лица пациента Д. в фас (а), с улыбкой (б), в профиль (в).

В полости рта: глубина резцового перекрытия на $\frac{1}{2}$ нижних резцов, инклинация коронки 21 на 30 градусов по отношению к эстетической линии, ротация 23 зуба на 30 градусов. Фотографии зубных рядов представлены на рис. 17 (а, б, в).



Рис. 17. Фотографии смыкания зубных рядов во фронтальном отделе (а), на здоровой стороне (б), на стороне расщелины (в).

Пациенту Д., проводилась электромиография прибором Synapsis (Россия). Оценивалась биоэлектрическая активность m. Temporalis dextra, m. Masseter dextra, m. Temporalis sinistra, m. Masseter sinistra. Электромиограммы представлены на рисунках (18 а, б, в, г, д, е).

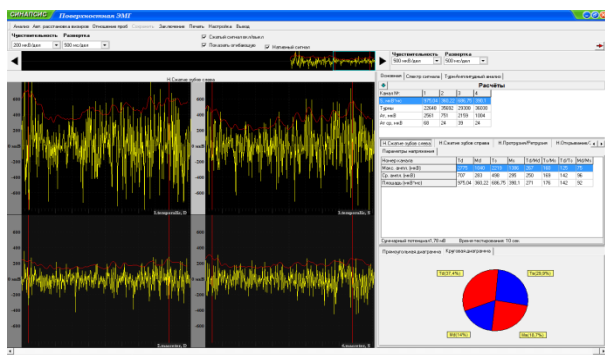


Рис. 18 а. Показатели биоэлектрической активности мышц у пациента 2 группы в пробе «Сжатие зубов на стороне расщелины» (слева). Преобладает активность височных мышц, A. m.Temporalis d. преобладает над A. m. Temporalis s., A. m. Masseter s. преобладает над A. m. Masseter d., то имеются признаки мышечной дисфункции.

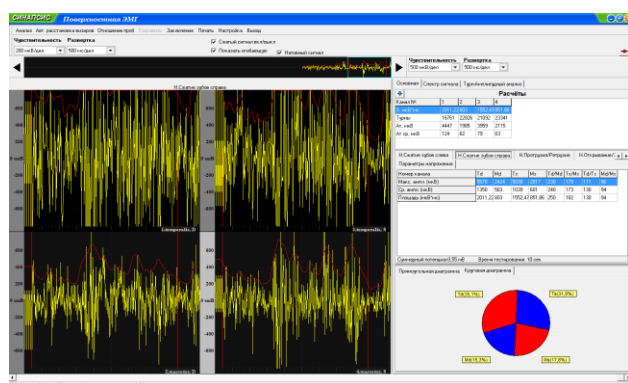


Рис. 18 б. Показатели биоэлектрической активности мышц у пациента второй группы в пробе «Сжатие зубов на здоровой стороне» (справа). Преобладает активность височных мышц. Активность справа и слева одинаковая.

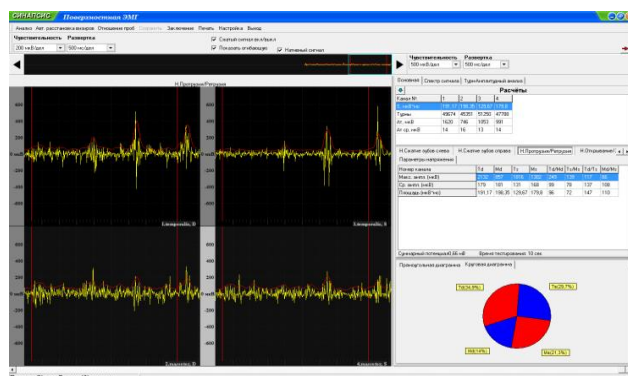


Рис. 18 в. Показатели биоэлектрической активности мышц у пациента 2 группы в пробе «Протрузия / Ретрузия». Преобладает активность височных мышц, A m. Temporalis d. преобладает над A m. Temporalis s., A m. Masseter s. преобладает над A m. Masseter d., имеются признаки асимметрии.

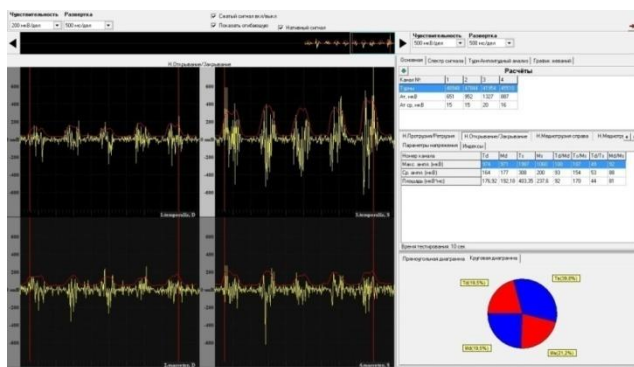


Рис. 18 г. Показатели биоэлектрической активности мышц у пациента 2 группы в пробе «Открытие / Закрывание». Преобладает активность A. m. Temporalis s. над A. m. Temporalis d., A. m. Masseter d. преобладает над A. m. Masseter s., то есть имеются признаки асимметрии.

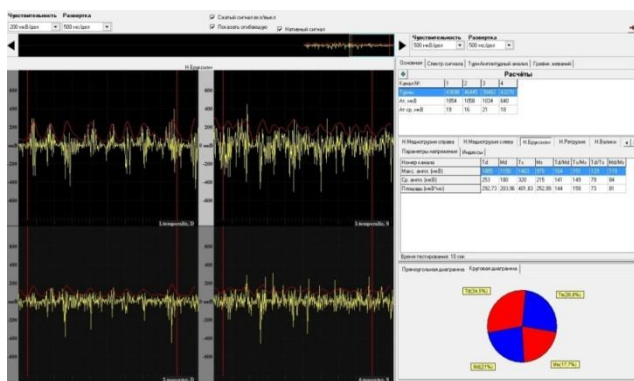


Рис. 18 д. Показатели биоэлектрической активности мышц у пациента 2 группы в пробе «Бруксизм». Преобладает активность височных мышц.

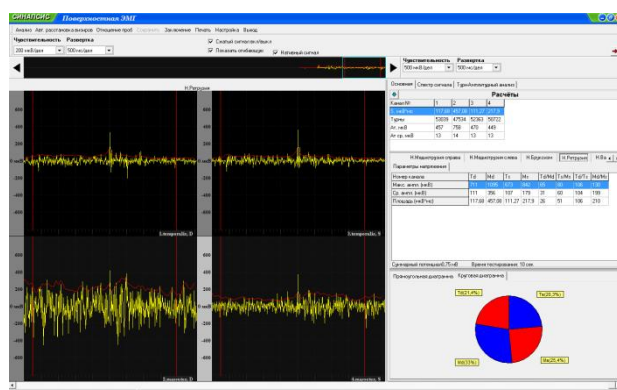


Рис. 18 е. Показатели биоэлектрической активности мышц у пациента 2 группы в пробе «Ретрузия». Показатели симметричны справа и слева.

3.2.4. Результаты исследования речи пациентов второй группы.

Во второй группе из 32 детей у 27 человек отмечалось нарушение речи, что составило 84,3%. В дальнейшем среди них были более детально изучены разновидности речевых нарушений.

У детей с нарушениями речи отмечалась ринопаллия различной степени тяжести. Легкая степень тяжести наблюдалась у 29,6% детей, средняя степень тяжести отмечалась у 66,6% детей, тяжелая степень тяжести у 3,7% детей. При исследовании звучания голоса отмечался гиперназальный оттенок. Артикуляция сдвигалась назад вследствие атипичного расположения языка, в результате чего большинство согласных фонем образовывалась форингеально-ларингеальным способом.

Была нарушена произносительная сторона губно-губных (П, Б, П', Б', М', М) и губно-зубных звуков (Ф, В, Ф', В').

С учетом результатов исследования у детей второй группы была выявлена дизартрия с фонетическими нарушениями. Это характеризовалось недостатками произносительной стороны речи, которая характеризовалась нарушениями звукопроизношения, речевого дыхания и просодики.

В ходе изучения звукопроизношения у 25,9 % детей наблюдалось снижение четкости артикуляции и незначительное ухудшение разборчивости речи. В 33,3 % случаев отмечалось нечеткость артикуляции и умеренно выраженное снижение разборчивости речи. Значительное нарушение разборчивости речи наблюдалось у 40,7% детей. Показатели речевых нарушений представлены в таблице 11.

Речевые нарушения пациентов.

N п/п	Параметр	2 группа, %
1	Нарушение речи	84,3±7,13
2	Снижение четкости артикуляции и незначительное ухудшение разборчивости речи	25,9±8,59
3	Нечеткая артикуляция и умеренно выраженное снижение разборчивости речи	33,3±9,2
4	Значительное нарушение разборчивости речи	40,7±9,63
5	Хорошая сформированность речевого выдоха	29,6±8,95
6	Незначительная недостаточность речевого выдоха	33,3±9,2
7	Умеренно выраженная недостаточность речевого выдоха	33,3±9,2
8	Слабый короткий речевой выдох, нарушены голосообразование и артикуляция	3,7

При исследовании развития речевого дыхания была выявлена хорошая сформированность речевого выдоха у 29,6 %. У 33,3% детей наблюдалась незначительная недостаточность речевого выдоха. Умеренно выраженная недостаточность речевого выдоха наблюдалась 33,3% детей. В 3,7% случаев наблюдался слабый короткий речевой выдох, были нарушены голосообразование и артикуляция.

3.2.5. Результаты исследования психологического статуса детей и их родителей.

При исследовании психологического статуса подростков второй группы и их родителей в первую очередь мы провели анализ причин, по которым не проводилось оперативное лечение ребёнка в годовалом возрасте. Чаще всего родители связывали это с наличием противопоказаний вследствие состояния

здоровья ребенка (43,8%) и своего желания не подвергать ребенка операции (31,2%). Реже назывались другие причины - врачи практически не объяснили целесообразность выполнения велоластики и из-за материальных проблем не было возможности её осуществления (по 12,5%). Фактически, почти в половине случаев (43,7%) отказ родителей от операции был обусловлен субъективными причинами, связанными с их недостаточной информированностью о целесообразности данного вмешательства, что, в свою очередь, позволяет говорить о недостаточности информационного сопровождении со стороны медицинского персонала, в первую очередь, со стороны врачей.

В то же время подавляющее большинство родителей (89,2%) задумывались о вероятности рождения детей с врожденной патологией в будущей семье своего ребёнка.

Так как для детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и нёба очень характерны нарушения речи, то следующий блок вопросов анкет был посвящён именно этому. Все родители второй группы (100,0%) расценили нарушения речи как выраженные. В то же время, как отметили все родители, их дети занимались с логопедом, что соответствует современным подходам к организации оказания логопедической помощи.

Как положительное явление стоит отметить то, что наличие врожденной патологии у ребенка в подавляющем большинстве случаев не повлияло на взаимоотношения в семье - об этом высказались 81,2% родителей. Остальные результаты представлены в сравнительном аспекте в главе 4.

Таким образом, анализируя результаты исследования пациентов второй группы, мы пришли к заключению:

- при морфометрическом исследовании параметров лица не выявлено значимых различий между показателями лицевой диагонали на здоровой стороне и на стороне расщелины; различия между расстоянием от зрачковой линии до линии губ на здоровой стороне и на стороне расщелины не существенны.

- при анализе данных биометрического исследования гипсовых моделей определено, что у пациентов второй группы имеется асимметрия зубной дуги верхней челюсти: выявлены существенные различия между ФДД на стороне расщелины, по сравнению со значением нормы ($p \leq 0,05$) и не значимые различия на здоровой стороне, по сравнению с нормой ($p \geq 0,05$); выявлены существенные различия между значениями ФДД до вторых моляров на здоровой стороне и на стороне расщелины ($p \leq 0,05$); различия между значениями ФДД до клыков на здоровой стороне и на стороне расщелины являются значимыми ($p \leq 0,005$), выявлены существенные различия между расстоянием от вестибулярной поверхности клыка до срединной линии на стороне расщелины и на здоровой стороне ($p \leq 0,05$);
- При исследовании электрической активности височных и жевательных мышц у пациентов 2 группы в пробах «4» и «5» наблюдали повышенную электрическую активность (max A), m. Temporalis ($3056,85 \pm 422,20$ мкВ и $2779,00 \pm 191,75$ мкВ). Наблюдали асимметрию показателей электрической активности мышц за счет увеличения амплитуды на стороне расщелины: у 25,75% в «1» и «2» пробах, у 12,1% в «3» пробе, 15,1% в пробах «5» и «7». В пробах «2», «3», «4», «5», «7» показатели на здоровой стороне и на стороне расщелины были симметричны в 100% случаев. В пробе «1» и «6» симметричные показатели наблюдали в 84,8% и 72,7% случаев.
- Нарушение функции речи наблюдалось у 84,3% детей второй группы, которое чаще проявлялось в виде наличия ринолалии средней степени тяжести (66,6%).
- В 43,7% отказ родителей от велоластики был обусловлен субъективными причинами, связанными с их недостаточной информированностью о целесообразности данного вмешательства. Несмотря на занятия с логопедом, 100% родителей оценили нарушения речи у своего ребенка как выраженные. Наличие врожденной патологии у ребенка в 81,2% случаев не повлияло на взаимоотношения в семье.

ГЛАВА 4. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПЕРВОЙ И ВТОРОЙ ГРУПП.

При анализе данных морфометрического исследования лица детей первой и второй группы, нами не было выявлено существенных различий между показателями лицевой диагонали, а так же величиной расстояния от зрачковой линии до линии губ на здоровой стороне и на стороне расщелины.

Таким образом, мы пришли к заключению, что метод пластики дефекта неба (одно или двухэтапный) у детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба не влияет на морфометрические параметры лица.

При определении взаимоотношений зубных рядов оптимальная функциональная окклюзия наблюдалась у 69,7% детей первой группы и у 46,8% пациентов второй группы ($p \geq 0,05$). Дистальную окклюзию имели 15,1% детей первой группы и 25% второй группы ($p \geq 0,05$). Перекрестная окклюзия встречалась у 9,1 % детей первой группы и 18,7% второй группы ($p \geq 0,05$). Мезиальная окклюзия наблюдалась у 6,06% детей первой группы и у 9,4% второй группы ($p \geq 0,05$).

Полученные результаты показали, что на здоровой стороне существенные различия между параметрами первой и второй групп не выявлены. Также не значимые различия выявлены на стороне расщелины от второго моляра до срединной линии ($p \geq 0,05$). На стороне расщелины характерно уменьшение фронтально-дистальной диагонали, проведенной до клыков ($p \leq 0,005$), фронтально-дистальной диагонали, проведенной до вторых моляров ($p \leq 0,05$), расстояния от вестибулярной поверхности клыка до срединной линии ($p \leq 0,05$).

Различия морфометрических параметров зубных дуг между группами исследования представлены в таблице 12.

Сравнительная характеристика морфометрических параметров зубных дуг у пациентов первой и второй группы.

Параметр	Среднее значение М±m, мм				t1	t2	p1	p2
	На здоровой стороне		На стороне расщелины					
	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.				
∑ 7 зубов	56,15±1,58	55,4±2,93	54,15±1,46	51,03±4,2	0,22	0,69	≥0,05	≥0,05
Диагональ 1/3	17,9±1,01	18,9±1,64	15,5±1,52	12,8±1,06	0,52	3,1	≥0,05	≤0,005
Диагональ 1/7	49,9±3,04	49±0,84	49,4±0,84	45,6±0,94	0,27	2,72	≥0,05	≤0,05
Расстояние от клыка до срединной линии	12,57±1,2	14,8±0,82	10,93±0,82	7,81±1,06	0,98	2,34	≥0,05	≤0,05
Расстояние от второго моляра до срединной линии	30,9±2,03	32,6±2,4	29,9±2,03	27,9±0,79	0,54	1,86	≥0,05	≥0,05

где t1, p1- показатель достоверности между 1 и 2 группой на здоровой стороне, где t2, p2- показатель достоверности между 1 и 2 группой на стороне расщелины.

Кроме того, значимое уменьшение параметров на стороне расщелины, по сравнению со здоровой стороной у пациентов второй группы, свидетельствует о деформациях: асимметрии зубной дуги, неравномерном сужении зубной дуги, укорочении зубной дуги.

При анализе ортопантомограммы челюстей пациентов выявлено, что смещение срединной линии в сторону расщелины наблюдалось у 45,4% детей

первой группы и у 56,25% детей второй группы ($p \geq 0,05$). Данная деформация сочеталась с адентией латерального резца на стороне расщелины.

Результаты сравнительной характеристики электрической активности височных и жевательных мышц в первой и второй группах представлены в таблицах 13, 14.

Таблица 13

Сравнительная характеристика электрической активности височных мышц.

Мышцы	Среднее значение M±m								
	Проба	Max A (мкВ)		Ср A (мкВ)		Площадь (мкВ*мс)		Суммарный потенциал , мВ	
1 гр.		2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	
M. temporalis dextra/ sinistra	1.	1763,25 ±147,6	2216,75 ±162,9	362,60 ±37,8	502,65 ±47,95	546,90 ±64,6	683,56 ±67,4	1,93± 0,18	1,50± 0,10
	2.	1610,60 ±134,9	2230,00 ±275,4	464,60 ±47,3	493,20 ±68,96	691,70 ±82,5	688,15 ±104,2	1,19± 0,09	1,76± 0,08
	3.	1326,75 ±105,1	1306,35 ±94,60	224,00 ±14,1	196,82 ±13,55	343,39 ±39,1	233,40 ±23,5	1,24± 0,09	1,56± 0,11
	4.	1803,80 ±125,3	3056,85 ±422,2	293,40 ±24,6	343,90 ±24,94	438,20 ±47,0	437,10 ±37,4	1,28± 0,08	1,35± 0,08
	5.	2384,10 ±197,0	2779,00 ±191,7	481,65 ±52,2	540,15 ±62,70	736,30 ±79,3	732,30 ±52,31	2,04± 0,20	1,82± 0,13
	6.	1351,85 ±76,85	878,45 ±65,80	291,35 ±8,82	165,75 ±13,14	475,85 ±27,8	173,25 ±20,95	1,07± 0,05	1,11± 0,08
	7.	1237,70 ±214,5	409,25 ±31,15	302,15 ±48,0	117,10 ±5,45	384,05 ±69,0	118,20 ±7,12	0,92± 0,12	0,40± 0,01

Суммарные показатели электрической активности височных мышц между группами существенно не различались. Был выявлен факт повышенной электрической активности М. Temporalis (больше 2500 мкВ) у пациентов второй группы в пробах «открытие\закрывание» (**3056,85±422,20 мкВ**) и «Бруксизм» (**2779,00±191,75 мкВ**).

Таблица 14

Сравнительная характеристика электрической активности жевательных мышц.

Мышца	Среднее значение $M \pm m$								
	Проба	Max A (мкВ)		Ср A (мкВ)		Площадь (мкВ*мс)		Суммарный потенциал, мВ	
		1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.	1 гр.	2 гр.
M. masseter dextra/ sinistra	1.	1712,1 ±121,0	1375,0 ±138,2	432,8± 47,2	333,5 ±30,3	644,2 ±69,7	450,3± 45,4	1,93±0, 2	1,50± 0,1
	2.	1524,0 5±49,7	1473,9 ±119,3	424,72 ±41,2	347,8 ±25,8	614,9 ±62,3	472,05 ±39,1	1,46±0, 11	1,76± 0,14
	3.	1371,1 ±153,1	922,75 ±106,0	256,75 ±22,90	197,6 ±17,8	378,± 45,20	250,70 ±34,15	1,50±0, 10	1,56± 0,11
	4.	1731,6 ±114,0	2216,3 ±393,9	327,80 ±23,90	268,2 ±19,6	478,3 ±41,7	352,00 ±28,93	1,28±0, 08	1,35± 0,08
	5.	2046,6 ±172,5	1754,2 ±132,2	498,55 ±65,90	329,0 ±17,8	733,4 ±93,7	436,45 ±25,19	2,04±0, 20	1,82± 0,13
	6.	1111,9 5±91,2	1191,7 ±99,65	241,30 ±17,59	304,1 ±29,4	389,9 ±40,7	415,85 ±44,40	1,07±0, 05	1,11± 0,08
	7.	891,85 ±161,1	304,00 ±21,80	207,35 ±28,37	93,75 ±2,31	250,4 ±40,8	88,60± 5,61	0,92±0, 07	0,40± 0,01

Суммарные показатели электрической активности жевательных мышц между группами существенно не различались и были в пределах общепринятых норм.

Для анализа показателей электрической активности височных и жевательных мышц на стороне расщелины и на здоровой стороне и оценки симметричности были зафиксированы показатели максимальной амплитуды отдельно справа и слева в пробах «Открывание \ Закрывание», «Протрузия \ Ретрузия» и «Бруксизм». Эти пробы наиболее четко позволяют выявить функциональные нарушения, так как в них работа правых и левых мышц в норме должна быть максимально сбалансированной. Сравнительная характеристика максимальной амплитуды височных мышц справа и слева представлена в таблице 15.

Таблица 15

Сравнительная характеристика максимальной амплитуды височных мышц слева и справа.

Открывание \ Закрывание				
Мышца\ Группа	M. Temporalis dextra, мкВ	M. Temporalis sinistra, мкВ	M. Masseter dextra, мкВ	M. Masseter sinistra, мкВ
1 группа	1771,6±141,2	1836±109,4	1628,7±96,1	1834,5±131,9
2 группа	3314±418,6	2799,7±425,8	2072,7±419,8	2360±368,06
Протрузия \ Ретрузия				
1 группа	1040,5±89,4	1613±120,4	1207±135,9	1535,3±170,4
2 группа	1488,2±110,4	1124,5±78,8	675,5±52,9	1170±159,1
Бруксизм				
1 группа	2267,8±200,7	2500,4±193,3	1849,8±125,1	2243,4±220
2 группа	2656,5±209,4	2901,5±174,1	2013±146, 6	1495,5±117,8

Для иллюстрации цифровых показателей, представленных в таблице, приводим их графическое изображение, которое наглядно демонстрирует, что разница между показателями справа и слева была больше выражена во второй группе. То есть, функция мышц справа и слева у детей первой группы более сбалансирована. Результаты исследования в пробе «Открытие\Закрывание» представлены на рис. 19 (а, б).

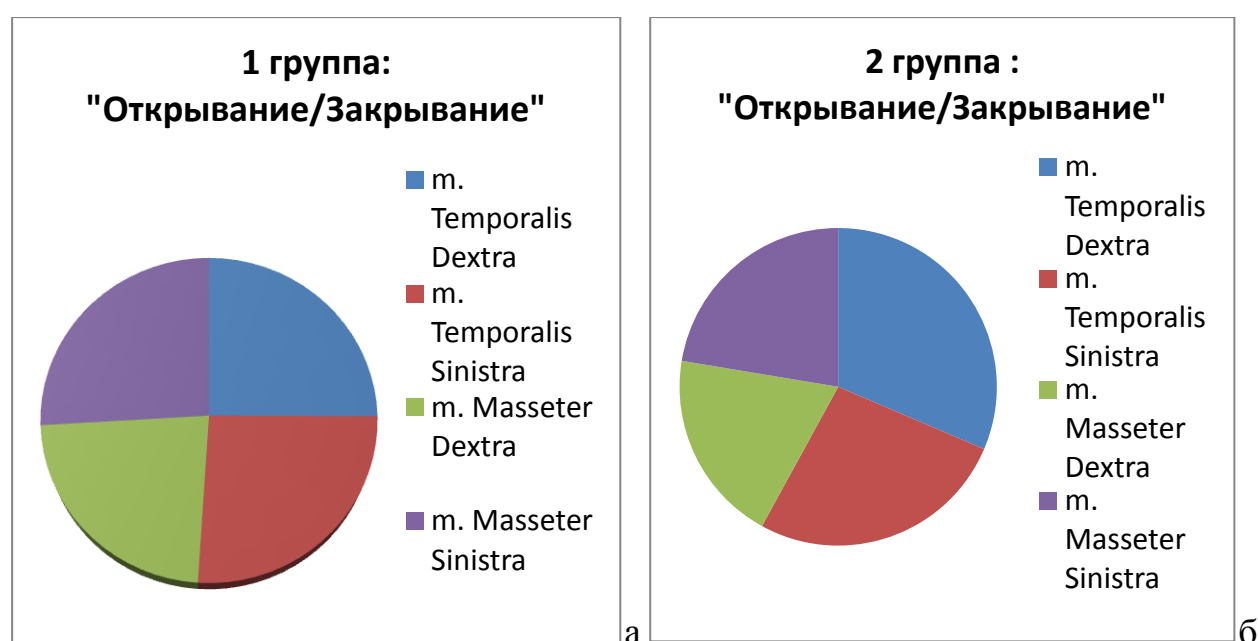


Рис. 19 (а, б). Показатели электрической активности мышц пациентов 1 и 2 группы.

Анализ результатов электромиографического исследования у пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба в пробе «Открытие/ Закрывание» показал более сбалансированную работу жевательной и височной мышц в группе детей, которым проводилась двухэтапная пластика расщелины неба.

Результаты исследования в пробе «Протрузия\Ретрузия» представлены на рис. 20 (а, б).

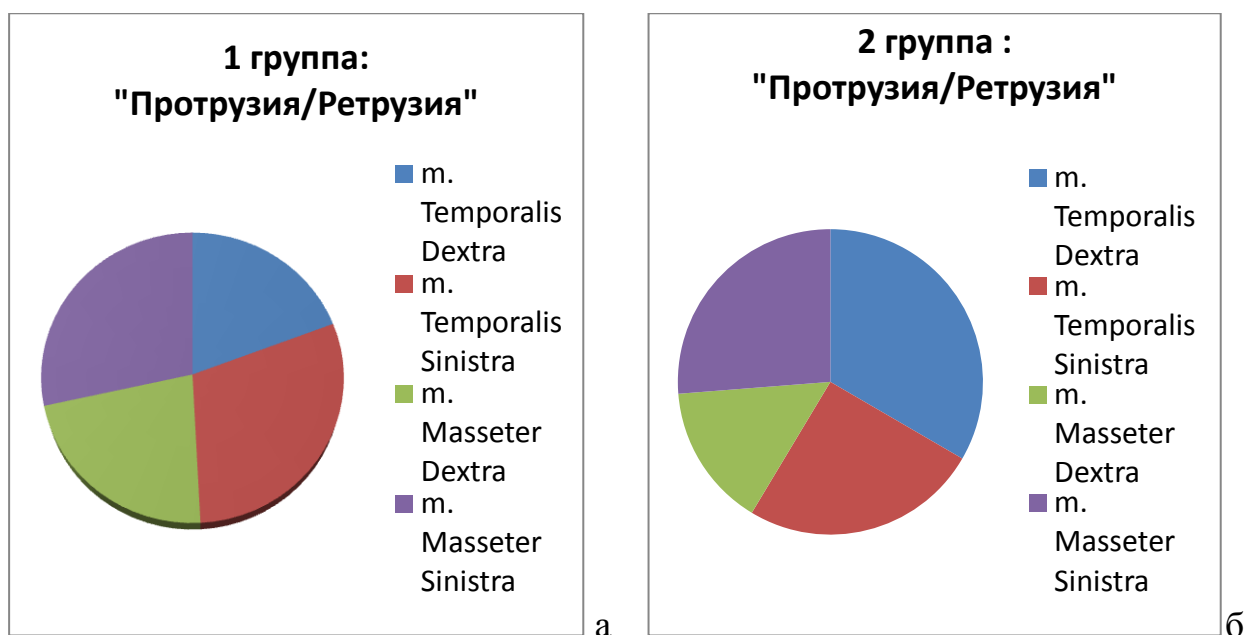


Рис. 20 (а, б). Показатели электрической активности мышц пациентов 1 и 2 группы.

Анализ электромиограммы показал, что более симметричная работа жевательной и височной мышц определяется у пациентов 1 группы.

Результаты исследования биоэлектрической активности жевательной и височной мышц в пробе «Бруксизм» представлено на рис. 21 (а, б).

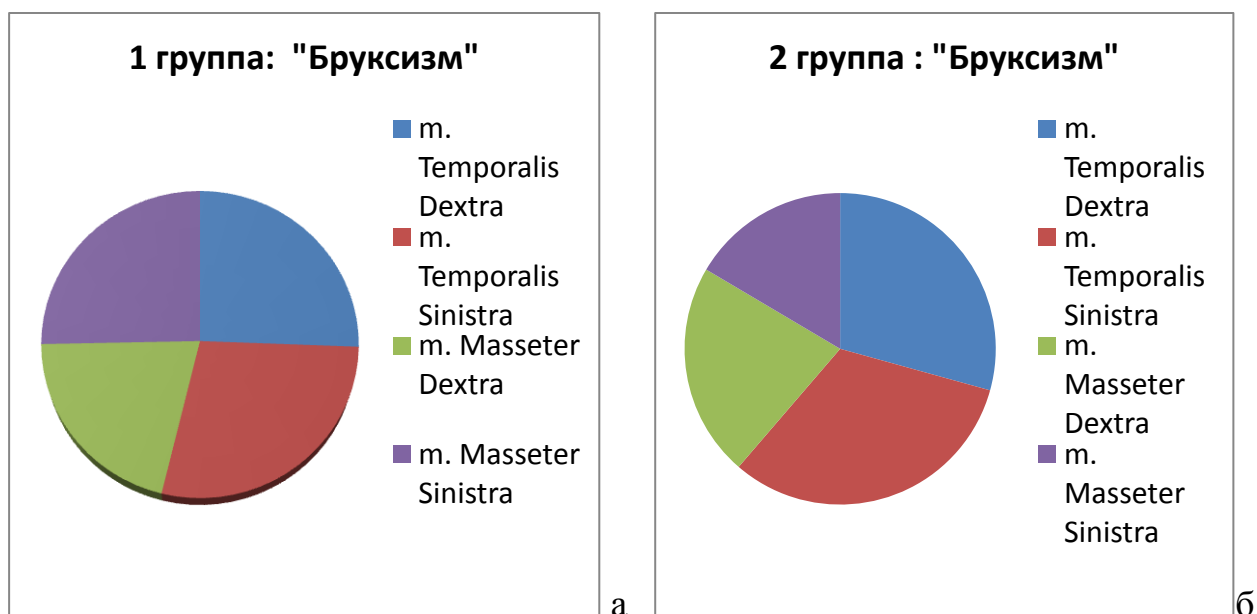


Рис. 21 (а, б) Показатели электрической активности мышц пациентов 1 и 2 группы.

Таким образом, в пробе «Бруксизм» показатели симметричности работы жевательных и височных мышц были лучше у пациентов после двухэтапной пластики расщелины неба.

Результаты оценки симметричности показателей электрической активности мышц в относительных величинах также представлены в таблице 16.

Таблица 16

Симметричность показателей электрической активности мышц

Открывание\закрывание	1 группа	2 группа
Разница между показателями M. temporalis dextra и M. temporalis sinistra, %	3,6	16
Разница между показателями M. masseter dextra и M. masseter sinistra, %	12,6	13,9
Протрузия\ретрузия		
Разница между показателями M. temporalis dextra и M. temporalis sinistra, %	55	24,4
Разница между показателями M. masseter dextra и M. masseter sinistra, %	27,2	73,2
Бруксизм		
Разница между показателями M. temporalis dextra и M. temporalis sinistra, %	10,2	9,2
Разница между показателями M. masseter dextra и M. masseter sinistra,%	21,3	25,7

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что в первой группе разница между показателями максимальной амплитуды жевательных мышц слева и справа была либо меньше, чем во второй группе, либо отсутствовала. Разница между показателями максимальной амплитуды височных мышц слева и справа в пробе «Бруксизм» отсутствовала, в пробе «Открывание / Закрывание» была меньше в первой группе, чем во второй группе, а в пробе «Протрузия \ Ретрузия» была меньше во второй группе. Наличие

наиболее симметричных показателей в пробе «Протрузия \ Ретрузия» у пациентов второй группы может свидетельствовать о том, что у них нижняя челюсть чаще занимала вынужденное мезиальное положение и при сагиттальных движениях реже встречала препятствия в виде блоков и суперконтактов. У пациентов же первой группы нижняя челюсть занимала в сагиттальном направлении более правильное положение и из-за перекрестной окклюзии на стороне расщелины чаще встречала блоки и суперконтакты.

Таким образом, признаки мышечной дисфункции у пациентов первой группы выражены существенно в меньшей степени, чем во второй группе.

При проведении сравнительного анализа результатов исследования функции речи у пациентов первой и второй группы получены следующие данные. В первой группе из 33 детей у 15 человек отмечалось нарушение речи, что составило 45,4%, что меньше, чем во второй группе, где нарушения встречались у 27 детей (84,3%), ($p \geq 0,05$). Далее исследование функции нарушения речи проводили только у тех детей, у которых они были выявлены.

У детей обеих групп отмечалась ринолалия различной степени тяжести, при которой были нарушены все компоненты. Легкая степень наблюдалась у 73,3% детей первой группы и 29,6% детей второй группы ($p \geq 0,05$), средняя степень тяжести отмечалась у 26,7% детей первой группы и 66,6% детей второй группы ($p \geq 0,05$), тяжелая степень тяжести наблюдалась у 3,7% детей второй группы. При исследовании звучания голоса отмечался гиперназальный оттенок. Артикуляция сдвигалась назад вследствие атипичного расположения языка, в результате чего большинство согласных фонем образовывалась фарингеально-ларингеальным способом.

В обеих группах была нарушена произносительная сторона губно-губных (П, Б, П', Б', М', М) и губно-зубных звуков (Ф, В, Ф', В').

У детей первой группы и второй группы была выявлена дизартрия с фонетическими нарушениями. Это характеризовалось недостатками произносительной стороны речи, которая характеризовалась нарушениями звукопроизношения, речевого дыхания и просодики. Показатели сравнительной

характеристики речевых нарушений пациентов первой и второй группы представлены в таблице 17.

Таблица 17

Сравнительная характеристика речевых нарушений пациентов первой и второй группы.

N п/п	Параметр	1 группа, %	2 группа, %	t	P
1	Нарушение речи	45,4±13,3	84,3±7,13	2,57	≤0,05
2	Снижение четкости артикуляции и незначительное ухудшение разборчивости речи	66,6±12,6	25,9±8,59	2,67	≤0,05
3	Нечеткая артикуляция и умеренно выраженное снижение разборчивости речи	20,0±10,6	33,3±9,2	0,94	≥0,05
4	Значительное нарушение разборчивости речи	13,3±9,07	40,7±9,63	2,07	≤0,05
5	Хорошая сформированность речевого выдоха	53,3±13,3	29,6±8,95	1,47	≥0,05
6	Незначительная недостаточность речевого выдоха	33,3±12,6	33,3±9,2	-	-
7	Умеренно выраженная недостаточность речевого выдоха	13,3±9,07	33,3±9,2	1,55	≥0,05
8	Слабый короткий речевой выдох, нарушены голосообразование и артикуляция	0	3,7	-	-

В первой группе снижение четкости артикуляции и незначительное ухудшение разборчивости речи встречалось у 25,9% детей, во второй группе - у 66,6% человек ($p \leq 0,05$). Нечеткость артикуляции и умеренно выраженное снижение разборчивости речи в 1 группе было зафиксировано в 20% случаях, во второй группе - 33,3% случаях. Значительное нарушение разборчивости речи

наблюдалось у 13,3% детей в первой группе и 40,7% детей второй группы ($p \leq 0,05$).

При исследовании развития речевого дыхания была выявлена хорошая сформированность речевого выдоха у 53,3% детей первой группы и 29,6% детей второй группы ($p \geq 0,05$). У 33,3% пациентов первой группы и 33,3% детей 2 группы наблюдалась незначительная недостаточность речевого выдоха ($p \geq 0,05$). Умеренно выраженная недостаточность речевого выдоха наблюдалась у 13,3% детей первой группы и 33,3% человек второй группы ($p \geq 0,05$). В 3,7% случаев во второй группе пациентов наблюдался слабый короткий речевой выдох, были нарушены голосообразование и артикуляция.

Таким образом, степень выраженности и частота речевых нарушений встречались чаще у детей второй группы. Это свидетельствует о положительном влиянии двухэтапной уранопластики на формирование и состояние речи у детей.

Сравнительный анализ результатов оценки психологического статуса у детей первой и второй группы и их родителей проводился по составленным нами анкетам. Исследование проводилось в ГАУЗ «Детской клинической стоматологической поликлинике № 2», на кафедре стоматологии детского возраста ВолГМУ г. Волгограда. Все выборки являются сплошными гнездовыми. Полученные результаты представлены в Приложении 1, 2.

Для оценки достоверности полученных результатов вычислялся критерий достоверности t по Стьюденту (существенными считались результаты при $t \geq 2$).

Представляется понятным, что сразу после рождения ребёнка с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба:

- в подавляющем большинстве случаев (84,6%) были трудности при приеме им пищи (еще в 13,9% они носили эпизодический характер);
- более, чем в половине случаев (56,9%) практически постоянно была аспирация пищи, проявляющаяся рвотой, попаданием пищи в полость носа и т.п. (еще в 38,5% это наблюдалось эпизодически), см. Приложение 1.

В контексте настоящего исследования целесообразно отметить, что отмеченные родителями нарушения практически одинаково часто встречались в

обеих выделенных группах, т.е. клинические проявления тяжести врождённой патологии были сопоставимы.

После проведения этапа велопластики (в период около 1 года) практически все родители детей первой группы (93,9%) отметили улучшение питания ребёнка (отрицали это всего 6,1%). В частности, пища меньше стала попадать в полость носа или практически перестала попадать (на это указали 63,6% родителей), вес ребёнка стал увеличиваться и соответствовать «возрастным нормам» (39,4%), ребенок стал больше кушать (18,2%), у ребенка уменьшился или даже исчез рвотный рефлекс при приеме пищи (18,2%). По мнению 48,5% родителей случаи аспирации после велопластики практически исчезли, ещё 39,4% считали, что они стали значительно реже. Остальные родители решили, что случаи аспирации стали незначительно реже (6,1%) или их частота практически не изменилась (6,0%).

Факт того, что спустя несколько месяцев после проведения этапа велопластики, ребёнок стал реже болеть, указали 45,4% родителей, стал более активным (39,4%) и менее капризным (33,3%) (рис. 22). Остальные 15,1% родителей решили, что состояние ребёнка после операции практически не изменилось.

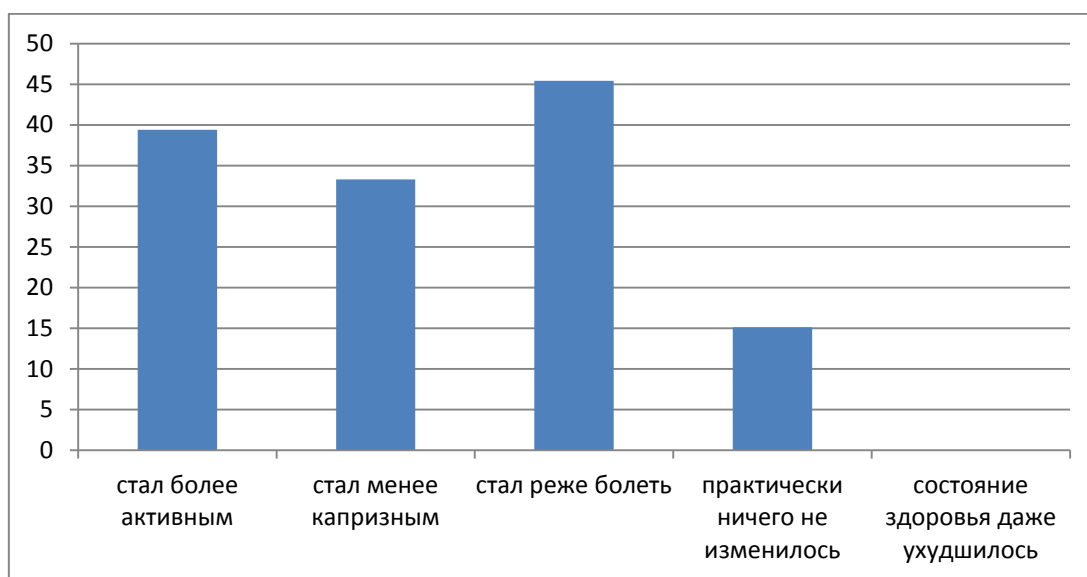


Рис. 22. Оценки родителей изменения общего состояния ребёнка после проведения велопластики (в %).

Соответственно, хорошим результат проведенного лечения (когда ребёнку было около одного года) посчитали 93,9% родителей и удовлетворительным - 6,1%; мнения, что результат велопластики был плохим или эффект отсутствовал не было встречено.

Проведение велопластики положительно сказалось и на самочувствии самих родителей: все 33 человека (100,0%) отметили улучшение своего состояния. В частности, они стали более жизнерадостными из-за улучшения самочувствия ребенка (57,5%), у них уменьшились проблемы с кормлением ребенка, что освободило много времени и сил и др. (48,4%), стали меньше беспокоиться за ребенка (24,2%).

Таким образом, приведённые результаты анкетирования родителей пациентов первой группы однозначно свидетельствуют об их позитивных оценках результатов этапа велопластики, проведённого их детям.

Что касается причин, по которым не проводилось оперативное лечение ребёнка в годовалом возрасте, то 43,8% родителей называли наличие противопоказаний вследствие состояния здоровья ребенка, а 31,2% своё нежелание подвергать ребенка рискам, связанными с операцией (рис. 23). Реже назывались другие причины – «врачи практически не объяснили целесообразности выполнения велопластики» (12,5%), «были материальные проблемы» (12,5%). Фактически почти в половине случаев (43,7%) отказ родителей от операции был обусловлен субъективными причинами, связанными с дефицитом информации о целесообразности проведения велопластики, что позволяет говорить о недостаточности информационного сопровождения со стороны медицинского персонала, в первую очередь, со стороны врачей.

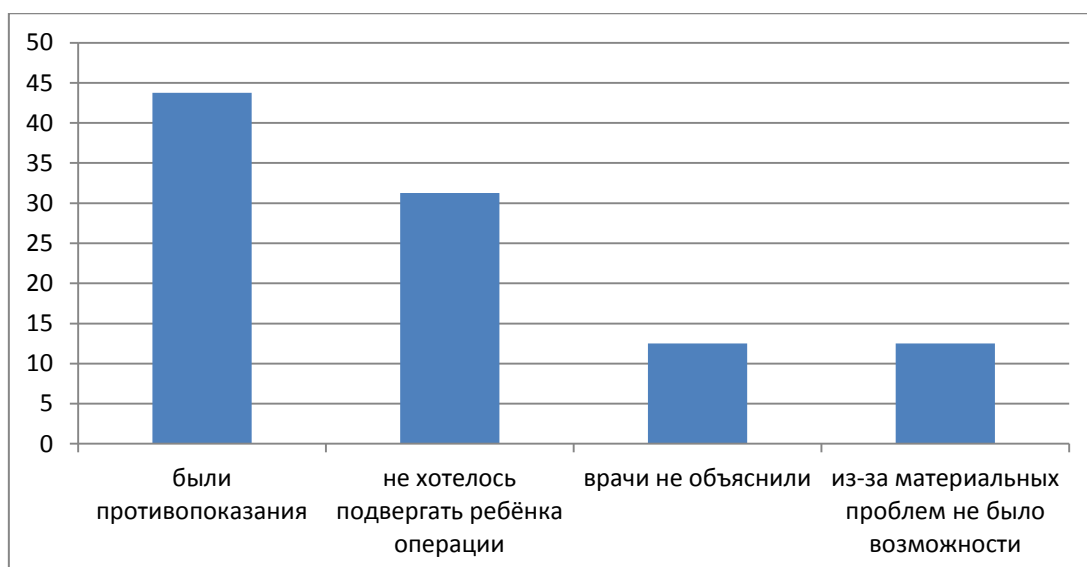


Рис. 23. Мнение родителей второй группы о том, почему не была проведена велоластика их детям (в %).

В то же время подавляющее большинство родителей (89,2%) задумывались о вероятности рождения детей с врожденной патологией в будущей семье своего ребёнка, причем, если в первой группе таких родителей было 78,7%, то во второй - все 100,0% (соответственно, не задумывался о такой возможности только каждый пятый родитель первой группы).

Далее провели сравнительный анализ ответов на вопросы о нарушениях речи. О наличии проблем с речью у их ребёнка в дошкольном возрасте высказались все родители: 76,9% расценили их как достаточно выраженные и 23,1% - как незначительные. Но если все родители второй группы (100 %) расценили нарушения речи как выраженные, то среди родителей первой группы мнения разделились почти поровну: выраженными отмеченные нарушения считали 54,5%, а незначительными - 45,5%. Таким образом, родители второй группы достоверно чаще (относительно родителей первой группы; $p < 0,001$) указывали на большую выраженность нарушений речи у своих детей в дошкольном возрасте.

Данная закономерность (большая выраженность нарушений речи у оперированных одноэтапным методом детей) проявилась и при компаративном анализе ответов родителей первой и второй группы относительно проблем у ребенка в школьном возрасте (рис. 24). О том, что проблемы с речью у их детей

были достаточно выраженным, сказали 18,2% родителей первой группы и 81,3% родителей второй группы ($p < 0,001$); что незначительные 54,5% и 18,7% соответственно ($p < 0,01$). При этом 27,3% родителей первой группы отметили, что «проблем с речью у их детей в школьном возрасте практически не было». Во второй группе такого ответа не было.

Все родители (как первой, так и второй групп) указали на то, что их дети занимались с логопедом, и эти занятия у 75% продолжались достаточно долго - около года или даже больше, что соответствует современным подходам к организации оказания логопедической помощи (см. Приложение 1).

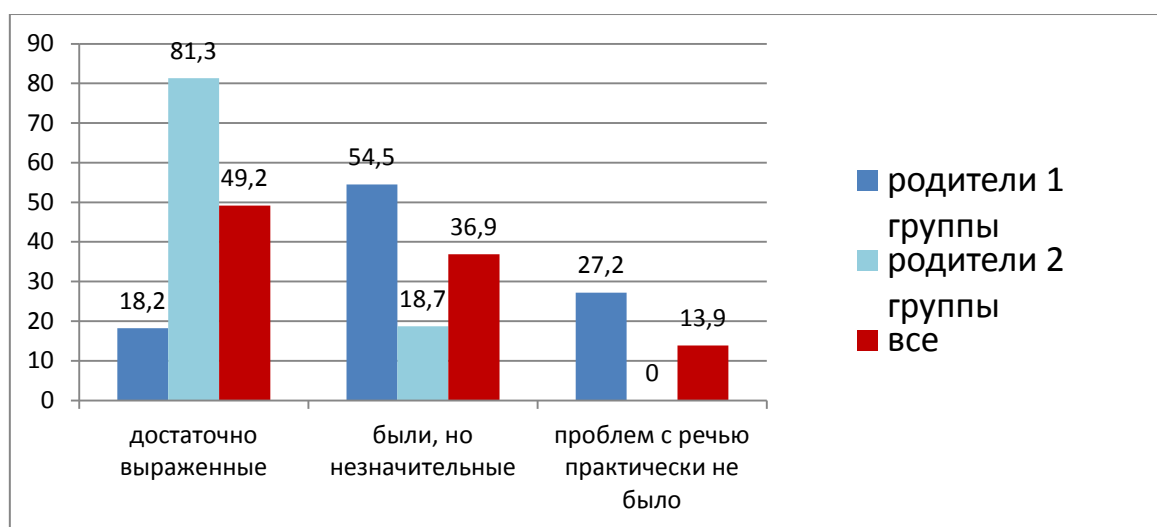


Рис. 24. Оценка родителями проблем с речью у их детей в школьном возрасте (в %).

Следующий блок вопросов анкет был посвящен влиянию врожденной односторонней расщелины верхней губы и нёба на психологическое состояние их детей и возникающие / возникавшие проблемные ситуации. По мнению 63,1% родителей отношение других детей к их ребёнку в дошкольном возрасте практически ничем не отличалось от отношения к другим детям, а 36,9% высказали прямо противоположную точку зрения. Однако, родители первой группы в 2,3 раза чаще, по сравнению с родителями второй группы, считали, что отношение к их детям было таким же, как и к другим (87,9% против 37,5%; $p < 0,001$) и в 5 раз реже отмечали другое отношение (12,1% против 52,5%

соответственно; $p < 0,001$). «Другое отношение» по мнению родителей проявлялось в том, что:

- их детей чаще обижали - об этом высказались 30,8% родителей (6,1% в первой группе и 56,8% - во второй; $p < 0,001$);
- над ними чаще насмехались - 23,1% (3,1% и 43,8% соответственно; $p < 0,001$);
- с ними не хотели дружить - 12,3% (6,1% и 18,8% соответственно; $p > 0,05$).

Данная ситуация (более негативное отношение сверстников к их детям, особенно к оперированным одноэтапным методом) сохранилась и в школьном возрасте: 69,2% родителей ответили, что отношение других детей к их ребёнку практически ничем не отличалось от отношения к другим детям, а 30,8% были с этим не согласны. Негативное отношение проявлялось в том, что над их детьми чаще насмехались (об этом высказались 23,1% родителей, но среди родителей 1-й группы таких было 3,1%, а среди родителей второй группы - 43,8%; $p < 0,001$); только родители второй группы (31,3%) говорили о том, что их детей чаще обижали. Соответственно, 84,5% родителей ответили, что наличие врожденной патологии верхней губы и нёба повлияло на их ребёнка и 15,4% отрицали это. Но при этом о наличии негативного влияния высказались все родители второй группы (100%) и 69,7% - первой ($p < 0,001$), а среди отрицавших подобное влияние были только родители первой группы (рис. 25).

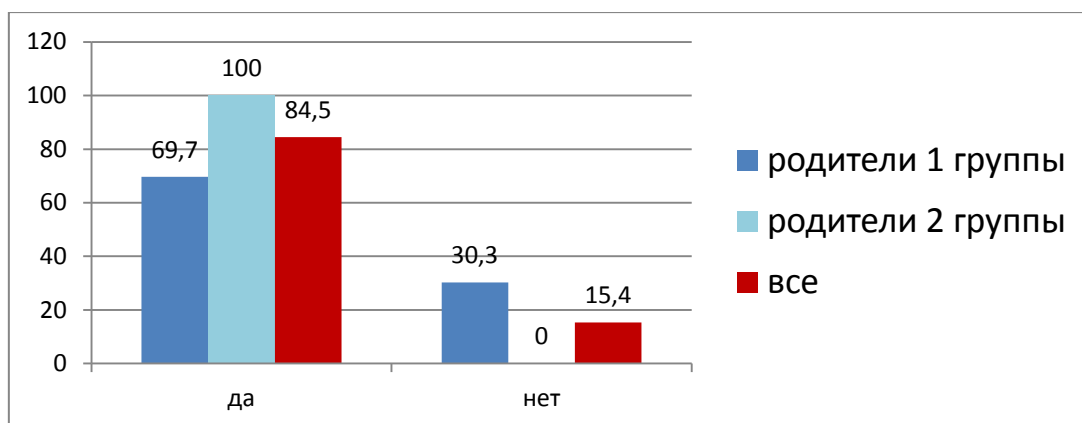


Рис. 25. Оценки родителями влияния врождённой патологии верхней губы и нёба на их детей (в %).

Наличие челюстно-лицевой патологии чаще всего сказалось на том, что:

- ребёнок часто болеет, ослаблен (это отметили 55,4% родителей),
- у него проблемы с питанием, в частности, может принимать только определённые виды пищи или что-то другое (27,7%);
- он замкнут, стеснителен, часто плохое настроение (23,1%);
- ему трудно или он не может заниматься спортом (20,0%);
- ему было труднее учиться в школе (18,5%);
- он раздражителен (18,5%);
- у него намного меньше друзей, чем у его сверстников (13,8%);
- ему нередко ставили / ставят заниженные оценки в школе (10,8%);
- это негативно скажется (или даже уже сказалось) на его «послешкольную» судьбу (10,8%).

Как положительное явление стоит отметить то, что наличие врожденной патологии у ребенка в подавляющем большинстве случаев не повлияло на взаимоотношения в семье - об этом высказались 84,8% родителей первой группы и 81,2 % второй группы. В остальных случаях респонденты говорили как о негативном влиянии (12,3%), так и о позитивном (по типу сплочения семьи вследствие болезни ребёнка - 4,6%).

Последние два вопроса основной части анкет касались состояния зубов и прикуса у оперированных подростков. При этом ответы родителей обеих выделенных групп были идентичными: практически все они (98,5%) ответили, что не удовлетворены состоянием зубов и прикуса у своего сына или дочери и хотели бы продолжить исправление прикуса (98,5%). Результаты ответов на данные вопросы свидетельствуют о том, после проведения уранопластики всем пациентам требуется коррекция прикуса и все родители мотивированы на проведение ортодонтического лечения своему ребенку.

Таким образом, проведённое анкетирование показало, что родители детей, оперированных двухэтапным методом, в целом, позитивно оценивают

эффективность проведения первого этапа (велоластика в возрасте около одного года) и отмечают меньше нарушений «общего» и психологического здоровья своих детей, по сравнению с родителями, дети которых были оперированы в один этап.

Однако, для получения более объективной оценки медицинских и психосоциальных эффектов от разных тактик пластики расщелины неба представляется целесообразным изучение оценок не только родителей, но и самих подростков.

Удовлетворены состоянием своих зубов и прикусом только 44,6% подростков (см. Приложение 2). При этом более позитивные оценки давали подростки первой группы: если среди них удовлетворенными были 48,5%, то среди их сверстников из второй группы - 40,6%, неудовлетворёнными были 45,5% и 59,4% ($p > 0,05$). В то же время причины неудовлетворённости формулировались по-разному: если среди подростков первой группы 18,1% ответили, что «зубы кривые, стесняюсь улыбаться», то среди подростков второй группы данную формулировку выбрали 43,7% ($p < 0,05$). С другой стороны, более «мягкое» объяснение («зубы не совсем ровные и меня это не устраивает») выбрали 27,3% и 15,6% соответственно ($p > 0,05$). Однако, в целом, представляется понятным, что большинство подростков хотели бы продолжить исправление прикуса (86,5%; 81,8% в первой группе и 90,6% - во второй), и всего 13,5% отрицали это (18,2% в первой группе и 9,4% - во второй). Таким образом, относительно отношения к состоянию зубов и прикуса позиции подростков и их родителей достаточно близкие, хотя подростки чаще отмечают свою удовлетворённость их состоянием.

Что касается влияния рубца на губе на внешний вид и в чем выражается это влияние, то ответы подростков двух выделенных групп практически совпали. Так, о том, что рубец влияет на их внешний вид, считали 32,3% подростков (30,3% первой группы и 34,4% - второй), не влияет – 67,7% (69,7% и 65,6% соответственно), а основными проявлениями этого влияния были следующие

формулировки: вызывает нездоровый интерес у окружающих (27,7%); делает уродливыми губы (12,3%); «я его стесняюсь» (9,2%).

Оценка подростками конфликтных ситуаций со сверстниками (их пренебрежительное отношение, насмешки, игнорирование и т.п.) из-за стоматологического заболевания во временном континууме показана на (рис. 26).

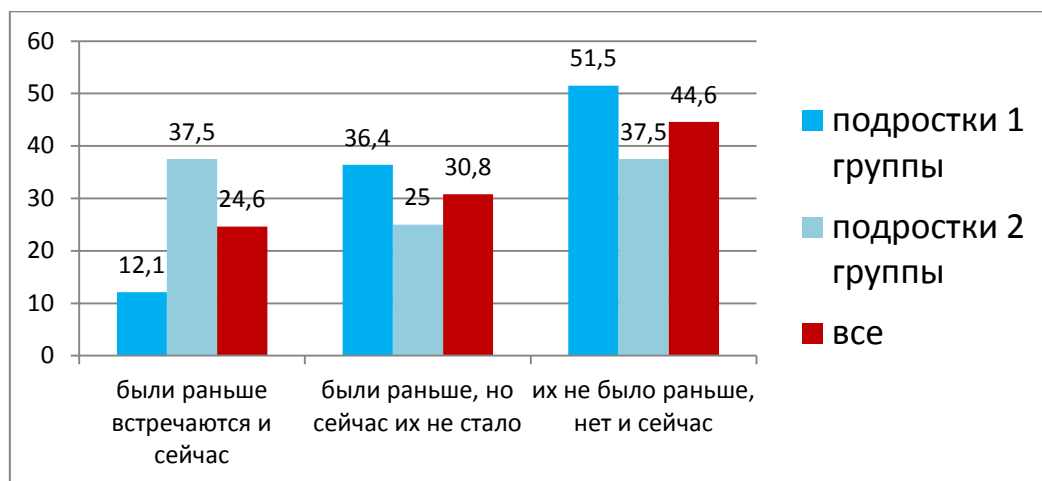


Рис. 26. Оценки подростками конфликтных ситуаций со сверстниками во временном континууме (в %).

Данные рисунка демонстрируют следующее: подростки думали, что конфликтные ситуации со сверстниками именно вследствие данной причины были как раньше, так и встречаются в настоящее время (24,6%). Однако если в первой группе таких было 12,1%, то во второй - 37,5% ($p < 0,02$). О том, что подобные ситуации были раньше, но в настоящее время их не стало ответили 30,8% подростков (36,4% в первой группе и 25,0% во второй); что их не было раньше, нет и в настоящее время - 44,6% (51,5% и 37,5% соответственно). При этом можно отметить в качестве своеобразного положительного момента, что конфликтные ситуации в большинстве случаев носили эпизодический характер (так ответили 49,2% всех подростков - 48,5% в первой группе и 50,0% во второй): о том, что данные ситуации были частыми, сообщили 6,2% (все они были из второй группы). Среди выделенных подростками проявлений конфликтных ситуаций чаще всего называлось то, что «меня часто обижали» (24,6%), «надо мной чаще насмехались» (15,4%), «меня часто избегали, не хотели дружить» (9,2%).

Обобщенная оценка подростками оказанного влияния стоматологического заболевания показана на (рис. 27).

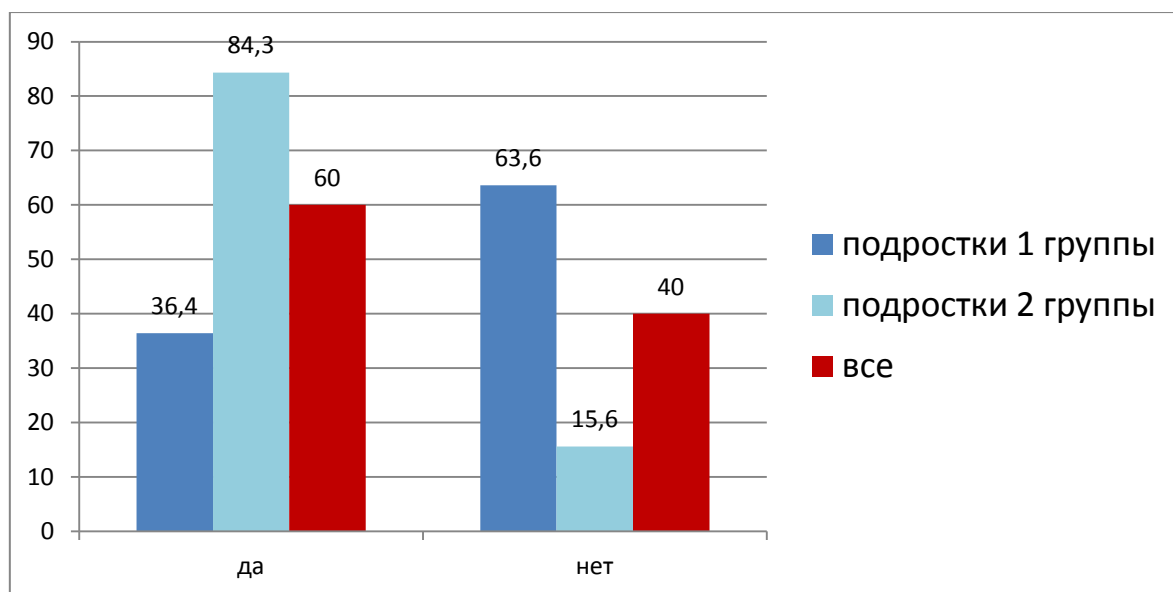


Рис. 27. Оценки подростками влияния на них стоматологического заболевания (в %).

По мнению 60,0% подростков наличие данной патологии повлияло / влияет на них (так считали 36,4% респондентов первой группы и 84,3% 2-й; $p < 0,001$); что не повлияло / не влияет отметили 40,0% (63,6% и 15,6% соответственно; $p < 0,001$).

Сравнивая ответы подростков и их родителей на данный вопрос, можно отметить, что хотя большинство подростков и отметили влияния на них врожденной патологии нёба, но их родители считали так достоверно чаще (84,5% против 60,0%; $p < 0,001$).

Относительно частных проявлений негативного влияния стоматологического заболевания, то подростки чаще всего выделяли, то, что им было трудно или они не могли / не могут заниматься теми видами спорта, которые им нравились / нравятся (29,2%), то, что они замкнуты, стеснительны (29,2%) и что они часто болели / болеют (15,4%).

В тоже время подавляющее большинство подростков (81,5%) считали, что наличие стоматологического заболевания никак не повлияло и не влияет на их обучение в школе и только 18,5% высказались о наличии отрицательного

влияния: при этом подростки второй группы, по сравнению с подростками первой группы отмечали его в 2 раза чаще - 25,0% против 12,1%).

Среди конкретных проявлений негативного влияния стоматологического заболевания на учебу в школе, подростки чаще всего называли то, что им «вообще, было труднее / трудно учиться в школе» (так думали 18,5%; 18,2% в первой группе и 18,8% во второй) и им нередко ставили / ставят заниженные оценки (10,8%; такая точка зрения встретила только среди подростков второй группы). При этом 6,2% подростков считали, что наличие данного стоматологического заболевания негативно скажется и на их «послешкольной» судьбе (данное мнение высказывали также только подростки второй группы).

Компарация отдельных проявлений негативных последствий стоматологического заболевания в оценках подростков и их родителей показана на рис. 28.

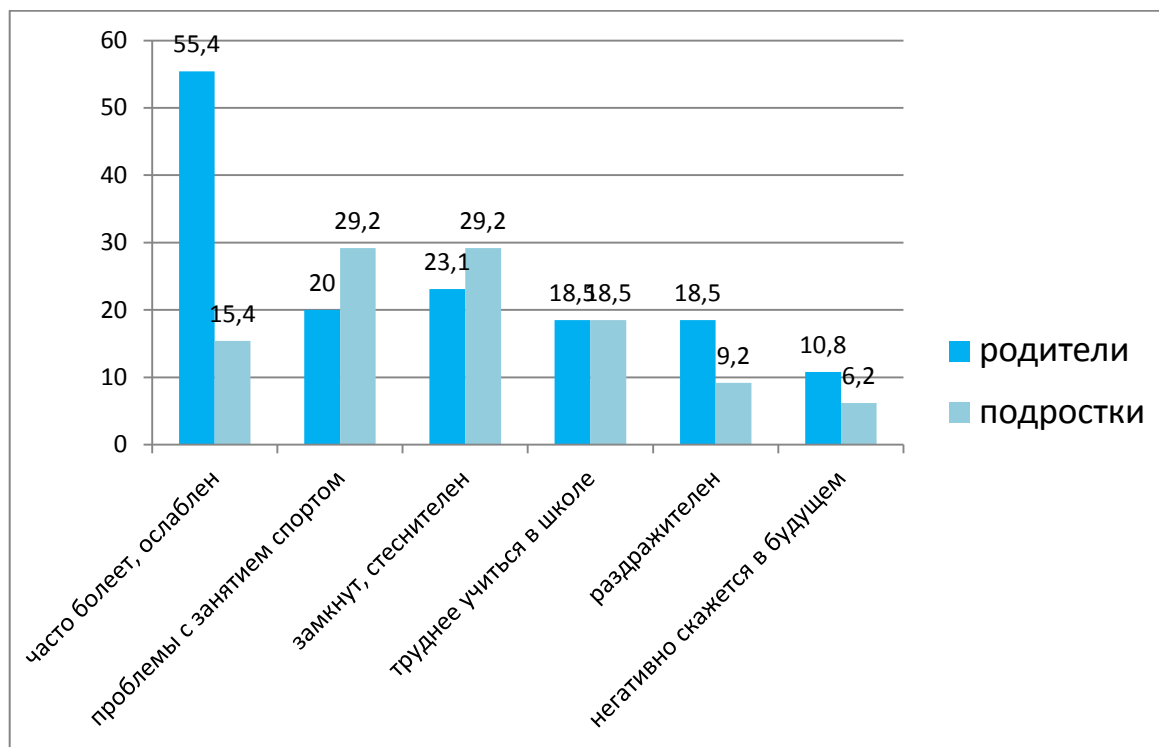


Рис. 28. Проявления негативных последствий стоматологического заболевания в оценках родителей и подростков (в %).

В целом, отмечается близость позиций подростков и их родителей по большинству выделенных проявлений; исключение составляет только оценка частоты общесоматических (в первую очередь, простудных) заболеваний: если

среди родителей на это указали 55,4%, то среди подростков - в 3,5 раза меньшее количество (15,4%; $p < 0,001$) (рис. 28).

Было также выяснено поведение подростков в ситуациях, напоминающим им о наличии стоматологического заболевания (можно было выбрать несколько тактик поведения). Что с подобными ситуациями они практически не сталкиваясь ответили 40,0%, однако, если в первой группе так считали 51,5%, то во 2-й - 28,1% ($p = 0,05$). Не обращать внимания на подобные ситуации, если они возникали, и переключиться на другие мысли или что-то другое старались 58,5% (39,4% подростков в первой группе, 78,1% во второй, $p < 0,001$). Данная копинг-стратегия может рассматриваться, как наиболее позитивная и эффективная. Согласно 13,8% ответов в подобных ситуациях возникает желание наказать обидчика, что, чаще всего, и делается (15,2% в первой группе и 12,5% - во второй); 4,6% ответов сводились к тому, что возникает желание наказать обидчика, но чаще всего подростки сдерживаются (данные ответы встретились только во второй группе).

В заключении можно резюмировать, что проведённое анкетирование подростков и их родителей позволило сделать следующие основные выводы:

- родители, дети которых были оперированы двухэтапным методом, позитивно оценивают эффективность проведения 1-го этапа (в возрасте ребёнка около одного года);
- врожденная односторонняя расщелина верхней губы и нёба способствует нарушениям «общего» и психологического здоровья, которые носят более выраженный характер в случае реализации одноэтапного варианта операции;
- оценки своего качества жизни подростками, оперированными по поводу данной патологии, и их родителями имели определённые различия, но эти различия не носили принципиального характера;
- вследствие неудовлетворённости состоянием зубов и прикуса (даже в случае двухэтапной уранопластики) и наличия психологических проблем у оперированных подростков представляется целесообразным более активное не

только стоматологическое, но и психологическое сопровождение данного контингента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Анализ современных источников литературы и результаты собственных исследований позволили нам показать более высокую эффективность реабилитации детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба при проведении двухэтапной пластики дефекта неба.

По мнению отечественных и зарубежных исследователей лечение детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба - многоэтапный и сложный процесс, требующий мультидисциплинарного подхода [3,11]. С увеличением возраста пациента деформация челюстно-лицевой области может усугубляться вследствие сложных анатомических нарушений, неадекватного лечения или его отсутствия.

Эффективность реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба оценивается по результатам комплексного хирургического, ортодонтического, логопедического лечения с учетом оценок всех специалистов центра диспансеризации детей с врожденной патологией лица [1, 88].

Одним из важных компонентов комплексного лечения пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба является раннее восстановление правильного взаимоотношения мышц мягкого неба и своевременное закрытие дефекта в пределах твердого неба [48].

Несмотря на многочисленные исследования до настоящего времени отсутствует единый алгоритм хирургического лечения расщелины неба.

Ряд челюстно-лицевых хирургов предпочитают проводить уранопластику в один этап [15, 96]. Есть данные, свидетельствующие о том, что пластика дефекта неба в раннем детском возрасте ведет к задержке роста верхней челюсти, требующей в дальнейшем сложной ортогнатической коррекции [3].

Другие авторы рекомендуют проводить пластику дефекта неба в два этапа [4, 21]. Выполнение в качестве первого этапа пластики дефекта мягкого неба способствует уменьшению расщелины в пределах твердого неба, упрощению проведения второго этапа хирургического закрытия расщелины. Велоластика способствует ранней функциональной адаптации мышечного аппарата мягкого

неба, создавая благоприятные условия для формирования речи. Недостатком проведения велоластики считается наличие дополнительного этапа операции [96].

В доступной нам литературе нет исследований, дающих представление о сравнительной эффективности одно и двухэтапного метода пластики дефекта неба у детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба в период прикуса постоянных зубов. Недостаточно подробно рассмотрены вопросы реабилитации детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба, особенности формирования речи, изменения психологического состояния детей и их родителей в зависимости от метода пластики дефекта неба.

Все вышеизложенное определило цель и задачи настоящего исследования.

Материалом для исследования послужили данные клинического обследования и лечения 87 детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба в возрасте 14-17 лет, находящихся на учете в «Волгоградском областном центре диспансеризации детей с врожденной патологией лица». После стратификации детей на две группы был использован метод простой рандомизации. Пациентам первой (основной) группы (33 человека) было проведено закрытие дефекта неба в два этапа. Велоластика проводилась в возрасте 9-12 месяцев, уранопластика – в возрасте 2-3 лет. Во вторую группу (сравнения) вошли пациенты (32 человека), которым выполнялась одноэтапная пластика расщелины неба в 2-3 года.

Для определения эффективности ортодонтического лечения проводили морфометрическое исследование параметров лица, биометрическое измерение моделей челюстей, ортопантомографию, электромиографию.

В процессе анализа диагностических моделей челюстей производилось определение асимметрии зубных дуг, измерение глубины дуги, ширины дуги в области вторых моляров до средней линии на стороне расщелины и на здоровой стороне, ширины дуги в области клыков до средней линии на стороне расщелины и на здоровой стороне и определяли фронтально-дистальную диагональ (ФДД).

Фронтально-дистальную диагональ проводили от точки между центральными резцами до вестибулярно-дистальной точки вторых постоянных моляров и до вестибулярного контура клыков на здоровой стороне и на стороне расщелины. Считали сумму 7 мезиально-дистальных диаметров коронок зубов на здоровой стороне и делили на коэффициент 1,06. Полученную величину принимали за норму. Затем сопоставляли с измеренной на модели фронтально-дистальной диагональю на здоровой стороне и на стороне расщелины

На ортопантомографических снимках челюстей анализировали аномалии количества зубов в области дефекта альвеолярного отростка. Также проводили анализ симметрии расположения центральных резцов относительно эстетической линии.

С целью определения эффективности хирургического и ортодонтического лечения проводили изучение мышечной активности жевательных и височных мышц с помощью электромиографии.

В ходе обследования детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба изучалась произносительная сторона речи: звукопроизношение и речевое дыхание. При изучении состояния звукопроизношения, проводили оценку произнесения гласных и согласных звуков. Оценивалось произнесение гласных и согласных звуков изолировано, в словах, во фразах, в тексте. При исследовании речевого дыхания нами были определены объем речевого выдоха, его длительность. На основании полученных данных у пациентов обеих групп оценивалась степень тяжести ринолалии.

Для оценки психологического статуса детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба и их родителей был разработан и использован набор анкет с учётом принятых к анкетированию в социологии медицины требований. Анкета для подростков, которым проводилась пластика дефекта неба, включала 13 вопросов. С её помощью было опрошено 65 подростков в возрасте 14-17 лет, которым ранее осуществлялось данное вмешательство. Анкета для родителей подростков, которым проводилась двухэтапная уранопластика, без учета «паспортной части» включала 25 вопросов.

Было проведено анкетирование 33 родителей (все они являлись матерями); они образовали первую группу родителей. Анкета для родителей подростков, оперированных одноэтапным методом, состояла из 18 вопросов (также без учета «паспортной части»). Было проанкетировано 32 родителя – 28 матерей (87,5%) и 4 отца (12,5%); они образовали вторую группу родителей.

При исследовании особенностей строения зубочелюстных дуг и их взаимоотношений у пациентов с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба выявлено, что оптимальная функциональная окклюзия наблюдалась у 69,7% детей первой группы и у 46,8% второй группы ($p \geq 0,05$). Дистальную окклюзию имели 15,1% детей первой группы и 25% пациентов второй группы ($p \geq 0,05$). Перекрестная окклюзия встречалась у 9,1% детей первой группы и 18,7% человек второй группы ($p \geq 0,05$). Мезиальная окклюзия наблюдалась у 6,06% детей первой группы и у 9,4% пациентов второй группы ($p \geq 0,05$) (рис. 29).

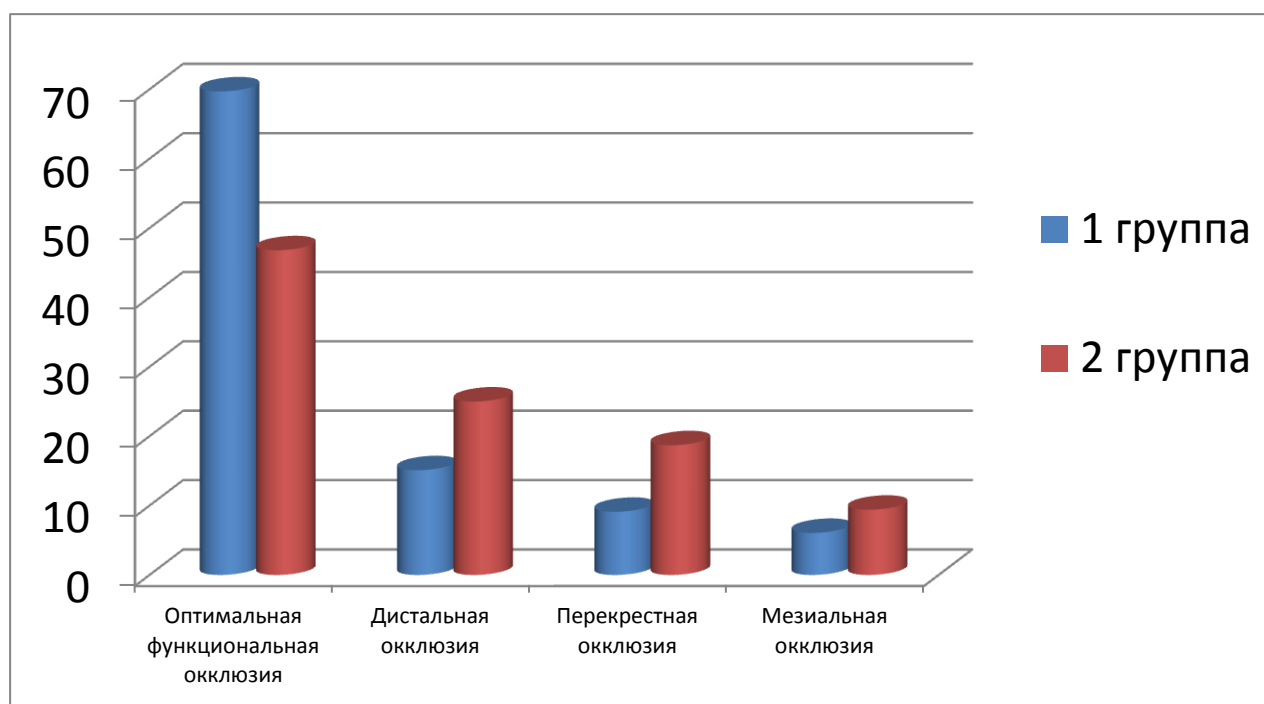


Рис. 29. Сравнительная характеристика особенностей строения зубных дуг и их взаимоотношений у пациентов первой и второй групп.

В норме, фронтально-дистальная диагональ, рассчитанная по формуле, у пациентов первой группы равна $52,17 \pm 2,63$ мм, у пациентов второй группы равна $50,1 \pm 1,55$ мм.

На здоровой стороне существенные различия между параметрами первой и второй групп не выявлены. На стороне расщелины характерно уменьшение ФДД, проведенной до клыков ($p \leq 0,005$), ФДД, проведенной до вторых моляров ($p \leq 0,05$), расстояния от вестибулярной поверхности клыка до срединной линии ($p \leq 0,05$). Кроме того, значимое уменьшение параметров на стороне расщелины, по сравнению со здоровой стороной у пациентов второй группы, свидетельствует о деформациях: асимметрии зубной дуги, неравномерном сужении зубной дуги и укорочении зубной дуги.

При анализе ортопантограммы челюстей у пациентов выявлено, что смещение срединной линии в сторону расщелины наблюдалось у 45,4% детей первой группы и у 56,2% детей второй группы. Данная деформация сочеталась с адентией латерального резца на стороне расщелины.

Для анализа показателей электрической активности височных и жевательных мышц на стороне расщелины и на здоровой стороне и оценки симметричности были зафиксированы показатели максимальной амплитуды отдельно справа и слева в пробах «Открывание\Закрывание», «Протрузия\Ретрузия» и «Бруксизм». Эти пробы наиболее четко позволяют выявить функциональные нарушения, так как в них работа правых и левых мышц в норме должна быть максимально сбалансированной.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что в первой группе детей разница между показателями максимальной амплитуды жевательных мышц слева и справа была либо меньше, чем во второй группе пациентов, либо отсутствовала. Разница между показателями максимальной амплитуды височных мышц слева и справа в пробе «Бруксизм» отсутствовала, в пробе «Открывание\Закрывание» была меньше в первой группе детей, чем во второй группе пациентов, а в пробе «Протрузия\Ретрузия» была меньше во второй группе детей. Наличие наиболее симметричных показателей в пробе «Протрузия\Ретрузия» у пациентов второй группы свидетельствовало о том, что нижняя челюсть у них чаще занимала вынужденное мезиальное положение и при сагиттальных движениях реже встречала препятствия в виде блоков и

суперконтактов. У пациентов первой группы нижняя челюсть занимала в сагиттальном направлении более правильное положение и из-за перекрестной окклюзии на стороне расщелины чаще встречала блоки и суперконтакты.

Таким образом, признаки мышечной дисфункции у пациентов первой группы выражены в меньшей степени, чем во второй группе детей.

Исследование функции речи показало, что в первой группе из 33 детей у 15 человек отмечалось нарушение речи, что составило 45,4%. Во второй группе нарушения речи встречались у 27 пациентов, что составило 84,3% ($p \leq 0,05$).

Среди детей с нарушениями речи и в первой, и во второй группах (15 и 27 пациентов соответственно) отмечалась ринолалия различной степени тяжести. Звучание голоса имело гиперназальный оттенок. Артикуляция сдвигалась назад вследствие атипичного расположения языка, в результате чего большинство согласных фонем образовывалась фарингеально-ларингеальным способом. Для детей с нарушением функции речи было характерно нарушение произносительной стороны губно-губных (П, Б, П', Б', М', М) и губно-зубных звуков (Ф, В, Ф, В'). У данных пациентов была выявлена дизартрия с фонетическими нарушениями. В первой группе снижение четкости артикуляции и незначительное ухудшение разборчивости речи встречалось у 66,6% детей, во второй группе - у 25,9% человек ($p \leq 0,05$). Нечеткость артикуляции и умеренно выраженное снижение разборчивости речи в первой группе было зафиксировано в 20% случаях, во второй группе - 33,3% случаях. Значительное нарушение разборчивости речи наблюдалось у 13,3% детей в первой группе и 40,7% детей второй группы ($p \leq 0,05$) (рис. 30).

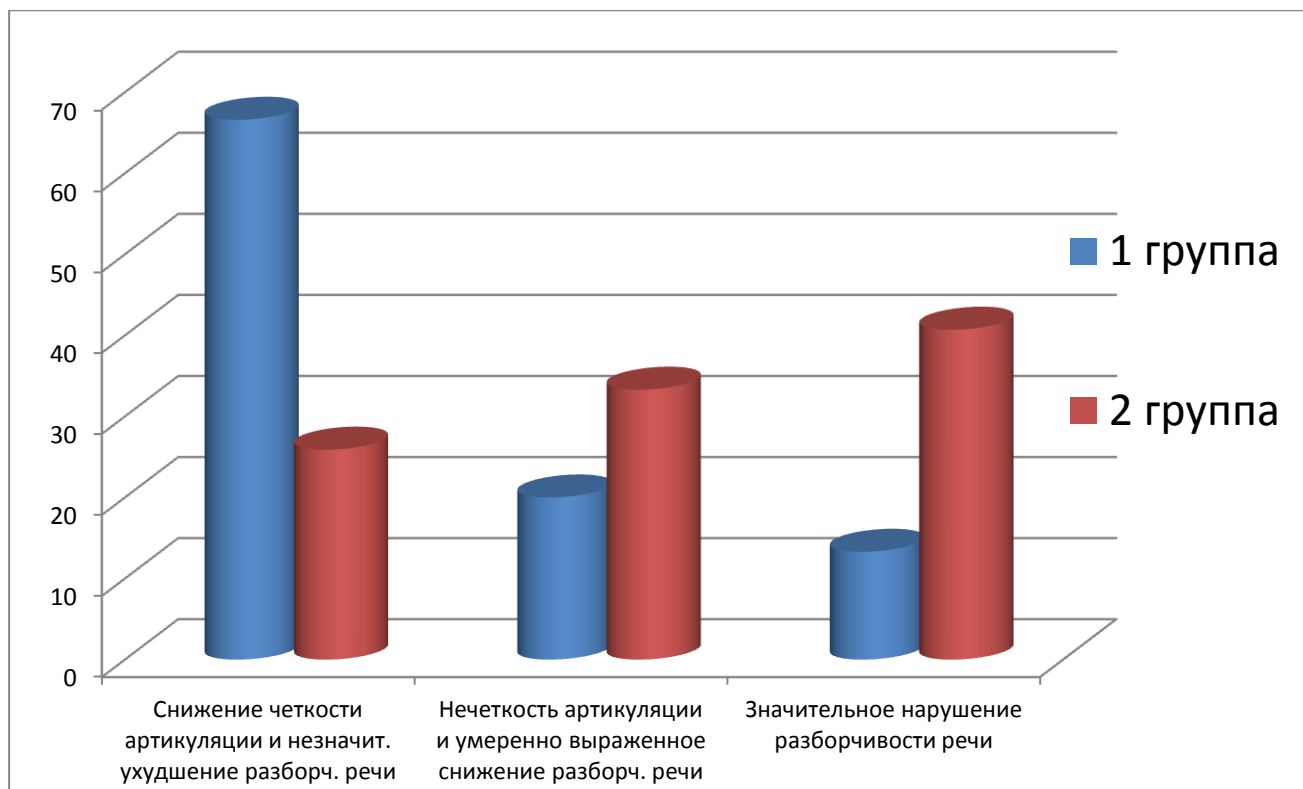


Рис. 30. Сравнительная характеристика речевых нарушений у пациентов 1 и 2 группы.

При исследовании развития речевого дыхания была выявлена хорошая сформированность речевого выдоха у 53,3% детей первой группы и 29,6% детей второй группы ($p \geq 0,05$). У 33,3% пациентов первой группы и 33,3% детей второй группы наблюдалась незначительная недостаточность речевого выдоха ($p \geq 0,05$). Умеренно выраженная недостаточность речевого выдоха наблюдалась у 13,3% детей первой группы и 33,3% человек второй группы ($p \geq 0,05$). В 3,7% случаев во второй группе пациентов наблюдался слабый короткий речевой выдох, были нарушены голосообразование и артикуляция.

Таким образом, степень выраженности и частота речевых нарушений встречались чаще у детей второй группы. Это свидетельствует о положительном влиянии двухэтапной уранопластики на формирование и состояние речи у детей.

При определении изменений со стороны психологического состояния пациентов и их родителей было отмечено, что после проведения первого этапа операции 93,9% родителей отметили улучшение питания ребенка. 45,4% родителей отметили, что ребенок стал реже болеть. Кроме того 100% родителей

первой группы отметили улучшение своего состояния. Родители детей второй группы достоверно чаще (относительно родителей первой группы; $p < 0,001$) указывали на большую выраженность нарушений речи у своих детей (рис. 31).

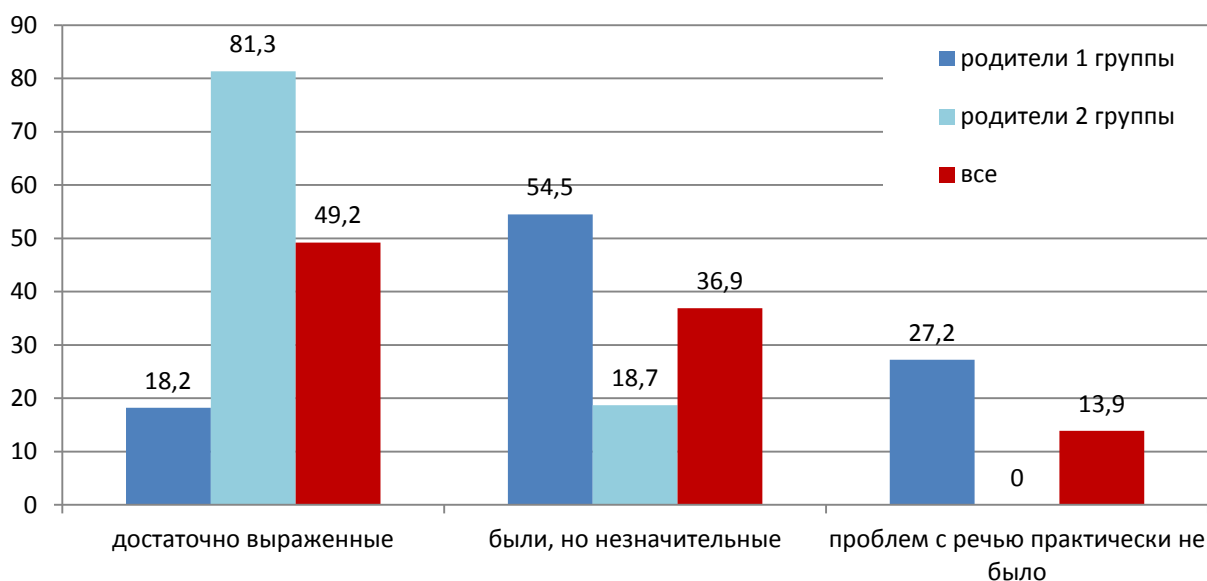


Рис. 31. Оценка родителями проблем с речью у их детей в школьном возрасте (в %).

60% подростков обеих групп (36,4% - первой группы и 84,3% второй группы; $p < 0,001$) считали, что наличие врожденной патологии повлияло на них. При этом им было труднее учиться в школе.

В целом отмечалась близость позиций подростков и их родителей, исключение только составляла оценка частоты общесоматических заболеваний (55,4% родителей и 15,4% детей соответственно). Проведенное исследование показало, что родители, дети которых были оперированы двухэтапным методом уранопластики, позитивно оценивали эффективность проведения первого этапа. При этом нарушения соматического и психологического здоровья носили более выраженный характер в случае выполнения одноэтапного метода.

Таким образом, результаты комплексного лечения детей первой группы показали более высокую эффективность выполнения двухэтапного метода пластики дефекта неба у детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба.

ВЫВОДЫ.

1. Признаки асимметрии зубной дуги верхней челюсти у детей, которым уранопластика выполнялась в один этап более выражены, чем у детей, которым пластика неба проводилась в два этапа. Отмечается существенное уменьшение параметра ФДД на стороне расщелины, по сравнению с нормой ($45,6 \pm 0,94$, $50,1 \pm 1,5$ мм, $p \leq 0,05$), ФДД до клыков на стороне расщелины, по сравнению со здоровой стороной ($12,8 \pm 1,06$, $18,9 \pm 1,64$ мм, $p \leq 0,005$), ФДД до вторых моляров на стороне расщелины, по сравнению со здоровой стороной ($45,6 \pm 0,94$, $49 \pm 0,84$ мм, $p \leq 0,05$), расстояния от вестибулярной поверхности клыка до средней линии на стороне расщелины, по сравнению со здоровой стороной ($7,81 \pm 1,06$, $14,8 \pm 0,82$ мм, $p \leq 0,05$).

2. Признаки мышечной дисфункции чаще встречались у пациентов, которым выполнялась одноэтапная уранопластика: асимметричные показатели электрической активности жевательных и височных мышц за счет увеличения амплитуды на стороне расщелины в пробах «1», «2» - у 25,75% детей, в пробе «3» - у 12,1% детей, в пробах «5», «7» у 15,1% человек. У пациентов, которым проведена двухэтапная уранопластика, признаки асимметрии наблюдали только в пробах «1» и «6» (у 15,2 % и 27,3% соответственно). Признаки мышечной дисфункции, выявленные в обеих группах, были обусловлены окклюзионными нарушениями. Наиболее ярко дисфункция проявлялась при протрузионно-ретрузионных движениях нижней челюсти.

3. У детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба, которым пластика расщелины неба проводилась в один этап, нарушения речи были выявлены значительно чаще, по сравнению с группой детей, которым выполнялась двухэтапная пластика дефекта неба (84,3% и 45,4% пациентов соответственно, $p \leq 0,05$).

4. Результаты анкетирования пациентов и их родителей показали позитивное влияние двухэтапной уранопластики, по сравнению с одноэтапным методом, на состояние общего и психологического здоровья детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба.

5. Сравнительный анализ отдаленных результатов комплексного лечения пациентов с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба показал, что в результате проведения пластики дефекта неба двухэтапным методом, у детей были созданы более благоприятные условия для нормализации формы и размеров зубных дуг, окклюзионных взаимоотношений, функционирования жевательных мышц, а также формирования речи и психологического статуса, чем у детей, которым уранопластика проводилась в один этап.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. В алгоритме хирургического лечения в программе комплексной реабилитации детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба методом выбора считать двухэтапный метод пластики расщелины неба.

2. На этапах диспансеризации и планирования хирургического лечения своевременно и полно информировать родителей о целесообразности проведения уранопластики в два этапа.

3. При планировании ортодонтического лечения и оценки его результатов для определения формы, симметрии и размеров зубных дуг следует учитывать фронтально-дистальную диагональ, проведенную до клыков, до вторых моляров, и делать сравнительный анализ параметров на стороне расщелины и здоровой стороне.

4. В динамике ортодонтического лечения учитывать состояние мышечной активности височных и жевательных мышц с целью выявления доклинических признаков мышечной дисфункции и оценки качества проводимой терапии.

5. Включать в программу реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и неба индивидуальный подход к планированию и проведению логопедической коррекции, а также проведение психологического сопровождения детей и их родителей на всех этапах комплексного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алгоритм реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба при воздействии экотоксикантов [Текст] / С. В. Чуйкин [и др.] // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – М., 2016. – С. 294-298.
2. Анализ деятельности центра лечения детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области в Краснодарском крае за 2012-2014 годы [Текст] / Е. О. Любомирская [и др.] // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – Москва, 2016. – С. 182-184.
3. Анализ осложнений после проведенного ортогнатического хирургического лечения подростков с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба [Текст] / О. З. Топольницкий [и др.] // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – Москва, 2012. – С. 300-305.
4. Ачилова, Н. Г. Влияние хирургического лечения расщелины неба по методу Фроловой-Махкамова на рост и развитие верхней челюстной кости [Текст]: Дис... маг./ Н. Г. Ачилова– Ташкент., 2015.
5. Бадалян, Х. А. Клинико-экспериментальное исследование возможностей раннего хирургического лечения врождённых расщелин верхней губы и нёба [Текст]: дис. ... д-ра. мед. наук./ Х. А. Бадалян – М., 1971.
6. Балькявичене, Р. Г. Протезирование дефектов верхних передних зубов у взрослых больных с врождённым несращением губ и нёба [Текст] / Р. Г. Балькявичене: Труды стоматологов Литовской ССР. – Каунас., 1970. - Т. 5. - С. 229-230
7. Бессонов, С. Н. Наш опыт участия в миссиях Международной благотворительной организации «операция улыбка» Ахмед [Текст]/ С. Н.

- Бессонов// Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – Москва, 2012. – С. 29-33.
8. Василенко, В. М. Морфоклинические параллели в лечении врожденных односторонних несращений верхней губы [Текст] / В. М. Василенко, Г. П. Рузин // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – М., 2012. – С. 55-59.
 9. Верапатвелян, А.Ф. Ортодонтическая коррекция окклюзии в комплексной реабилитации детей-инвалидов со сквозным несращением губы и неба в период сменного прикуса [Текст] / А. Ф. Верапатвелян, С. С. Гущина, М. Н. Митропанова // Сб. материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – Москва, 2016. – С. 37-42.
 10. Вирджильо, Ф. Ф. Взаимосвязь между количеством окклюзионных контактов и активностью жевательных мышц [Текст] /В. Ф. Вирджильо, С. Гразиано, К. Деллавия // Стоматология сегодня. – 2007. – № 3. – С. 60-62.
 11. Виссарионов, В. А. Комплексный подход к организации медико-педагогической помощи детям с врожденными расщелинами лица в современных условиях [Текст] / В. А. Виссарионов, М. Ш. Мустафаев // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – Москва, 2012. – С. 60-63.
 12. Водолацкий, М. П. Сопутствующие врожденные пороки развития у детей [Текст] / М. П. Водолацкий, В. М. Водолацкий // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и

- наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – Москва, 2012. – С. 64-69.
13. Воробьева, Т. С. Новые данные по психологическому статусу детей с врожденными расщелинами губы и неба [Текст] /Т. С. Воробьева, О. З. Топольницкий // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – Москва, 2016. – С. 51-53.
 14. Врожденные расщелины неба: тактика лечения и реабилитации[Текст] / Г. В. Гончаков [и др.] // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. - М.: МГМСУ, 2009. - С. 109-111.
 15. Вышпинский, И. М. Ранняя первичная одномоментная пластика сквозных односторонних несращений верхней губы, носа, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба [Текст] / И. М. Вышпинский // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – Москва, 2012. – С. 75-80.
 16. Гаврилова, О. А.. Особенности кариозного процесса временных зубов у детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области [Текст] / О. А. Гаврилова, В. В. Максимова , Е. Н. Федотова// Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – Москва, 2012. – С. 81-85.
 17. Глявина, И. А. Оценка результатов комплексного лечения и реабилитации детей с врожденными расщелинами неба в Нижегородской области [Текст] / И. А. Глявина, С. А. Паршикова, О. А.Слесарева О.А. // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – Москва, 2012. – С. 90-92.

18. Гончаков, Г. В. Хирургическое лечение детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба [Текст] : дис. ... д-ра мед.наук: 14.00.35 / Гончаков Геннадий Васильевич. – М., 2004.
19. Гончаков, Г. В. Наш опыт раннего хирургического лечения детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба [Текст] / Г. В. Гончаков, С. Г. Гончакова // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – М., 2012. – С. 93-96
20. Гончаков, Г. В. Хирургическое лечение больных с врождёнными расщелинами верхней губы и неба [Текст] / Г. В. Гончаков // Передовые технологии медицины на стыке веков : сб. ст. - М., 2000. - С. 85-90..
21. Гончакова, С. Г. К вопросу о тактике лечения и реабилитации больных с небно-глоточной недостаточностью [Текст] / С. Г. Гончакова, Г. В. Гончаков // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – Москва, 2016. – С. 71-74.
22. Гончакова, С. Г. Небно-глоточная недостаточность: тактика лечения и реабилитации [Текст] / С. Г. Гончакова, Г. В. Гончаков, А. В. Борзова // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – Москва, 2016. – С. 70.
23. Гущина, С. С. Изменение лицевых признаков при ортодонтической реабилитации детей – инвалидов с односторонней сквозной расщелиной губы и неба в период сменного и постоянного прикуса [Текст] / С. С. Гущина, А. Ф. Верапатвелян // Кубанский научный медицинский вестник. - 2014. - № 6 (148). - С. 23-29.

24. Давлетшин, Н. А. Эндоскопические критерии оценки результатов щадящей ураностафилопластики при врожденной расщелине неба [Текст] / Н. А. Давлетшин и др. // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – М., 2016. – С. 75-79.
25. Давыдов, Б. Н. Профилактика вторичных деформаций верхней челюсти, у больных с врождёнными односторонними расщелинами нёба до уршопластики [Текст] / Б. Н. Давыдов // Пороки развития и наследственные заболевания. – Смоленск, 1982. - С. 120-124.
26. Давыдова, О. А. Опыт организации комплексного сопровождения ребенка с челюстно-лицевой патологией в Самарской Областной Клинической больнице [Текст] / О. А. Давыдова, Г. Н. Устинова, Г. М. Никифорова // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – М., 2016. – С. 80-82.
27. Дмитриева, В. С. Хирургическое лечение врождённых и послеоперационных дефектов нёба [Текст] / В. С. Дмитриева, Р. Л. Ландо. - Москва «Медицина». - 1968. — 220 С.
28. Ешиев, А. М. Обзор эффективности оперативного лечения больных с врожденными расщелинами верхней губы, твердого и мягкого неба, получивших лечение в челюстно-лицевом отделении Ошской межобластной объединенной клинической больницы за период с 2010 по 2012 гг. Фундаментальные исследования [Текст] / А. М. Ешиев, А. К. Давыдова. - 2013. - № 5-2. - С. 276 – 278.
29. Живая вода: программа профилактики рискованного поведения и ВИЧ-инфекции для детей младшего школьного возраста [Текст] : метод. пособ./ Н. А. Сирота [и др.] – М.: Российский Круглый стол, 2015.- 136с.

30. Замещение дефектов альвеолярного отростка и зубных рядов у пациентов с врожденной патологией челюстно – лицевой области [Текст] / О. Б. Кулаков [и др.] // Институт стоматологии. - 2013. - № 2 (59). - С. 56-58.
31. Зеленский, В. А. Восстановительное лечение и этапная реабилитация детей с аномалиями и деформациями челюстно-лицевой области [Текст] / В. А. Зеленский. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2015. - 264с.
32. Иванов, А. Л. Обоснование необходимости расширения объема первичного вмешательства при односторонней расщелине верхней губы [Текст] / А. Л. Иванов, Л. В. Агеева, В. А. Павлович // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – Москва, 2012. – С. 115-116.
33. Изменения размеров зубной дуги верхней челюсти у детей с врожденной полной расщелиной верхней губы и неба после уранопластики [Текст] / С. В. Дмитриенко [и др.] // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. - М., 2002. - С.87-88.
34. Иноятов, А. Ш. Выявление факторов риска рождения детей с пороками челюстно-лицевой области [Текст] / А. Ш. Иноятов, Д. А. Мусаходжаева, М. И. Азимов // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – Москва, 2016. – С. 97-101.
35. Иноятов, А. Ш. Зависимость развития врожденных пороков челюстно-лицевой области от воздействия различных тератогенных факторов [Текст] / А. Ш. Иноятов // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – Москва, 2016. – С. 102.
36. Использование генетических маркеров для прогнозирования возникновения врожденной расщелины губы и неба у детей [Текст] / С. В. Чуйкин [и др.]

- // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – М., 2016. – С. 279-286.
37. Комплексная программа лечения детей с пороками развития челюстно-лицевой области в Волгограде [Текст] / И. В. Фоменко [и др.] // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – Москва, 2012. – С. 318-321.
38. Комплексное лечение и реабилитация детей с врожденной расщелиной губы и неба в отделении детской стоматологии им. Т. В. Шаровой [Текст] / Т. В. Малимон [и др.] // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – М., 2016. – С. 204-205.
39. Костная пластика врожденных расщелин альвеолярного отростка, с последующим замещением дефектов зубного ряда при помощи дентальных имплантатов и несъемных ортопедических конструкций [Текст] / О. Б. Кулаков [и др.] // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – Москва, 2012. – С. 137-144.
40. Косырева, Т. М. Опыт комплексной реабилитации в Самарском областном центре реабилитации детей и подростков с врожденной и приобретенной патологией челюстно-лицевой области [Текст] / Т. М. Косырева, Н. Ю. Ефремова, О. А. Давыдова // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – Москва, 2012. – С. 124-126.

41. Легостаева, О. Т. Роль комплексного подхода в организации логопедической помощи детям с расщелинами губы и неба [Текст] / О. Т. Легостаева, Г. В. Гончаков // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – М., 2016. – С. 163-167.
42. Лимберг, А. А. Радикальная уранопластика. Интерламинарная остеотомия. Резекция задней стенки нёбного отверстия. Пластиночный шов нёба [Текст] / А. А. Лимберг // Современная хирургия. - 1927.???? -Т. 2.-Вып. 5-6. - С. 809-830.
43. Лимберг, А. А. Современные хирургические методы лечения врождённых расщелин губы, альвеолярного отростка и нёба в связи с требованиями анатомического, функционального и косметического восстановления [Текст] / А. А. Лимберг // Новости хирургии. - 1926. - № 1. - С. 67-74.
44. Матвеев, К. А. Влияние уранопластики на состояние слуховой функции у детей с врожденными расщелинами неба [Текст] / К. А. Матвеев // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – Москва, 2012. – С. 174-178.
45. Матвеев, К. А. Хирургическое лечение и речевая терапия небно-глоточной недостаточности [Текст] / К. А. Матвеев, А. С. Матвеева // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – Москва, 2012. – С. 179-183.
46. Матвеева, А. С. Раннее вмешательство в формировании речевой функции у детей с небно-глоточной недостаточностью [Текст] / А. С. Матвеева // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей:

- актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – Москва, 2012. – С. 184-187.
47. Махкамов, Э. У. Раннее лечение детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба [Текст] : дис. ... д-ра. мед. наук / /Э. У. Махкамов. – М., 1981.
48. Междисциплинарный подход в лечении детей с расщелиной губы и неба в современных условиях развития здравоохранения России [Текст] / А. А. Мамедов [и др.] // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – Москва, 2016. – С. 185-192.
49. Модель организации медицинской реабилитации детей с врожденной патологией челюстно лицевой области в Краснодарском крае [Текст] / Е. О. Любомирская [и др.] // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – Москва, 2012. – С. 155-158.
50. Нелюбина, О. В. Клинико-анатомическое обоснование хирургического лечения детей с врожденной расщелиной губы и неба [Текст] : дис. ... канд. мед. наук / О. В. Нелюбина / ГБОУ ВПО Первый Московский Государственный Медицинский ун-т имени И.М. Сеченова. – М., 2012.
51. Николаева, И. В. Социально –гигиенические аспекты распространенности расщелин губы и неба и организация медицинской помощи в условиях крупного города [Текст] : дис. ... канд. мед. наук / И. В. Николаева. - М., 1997. - 144 с.
52. Нормализация положения языка и звукообразования под влиянием ортодонтических аппаратов у пациентов с расщелиной губы и неба [Текст] / Н. В. Старикова [и др.] // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – Москва, 2016. – С. 239-240.

53. Обоснование методов профилактики стоматологических заболеваний у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба [Текст] / С. В. Чуйкин [и др.] // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – М., 2016. – С. 275-278.
54. **Опыт работы Забайкальского специализированного межрегионального центра медико-социальной реабилитации детей с врожденными пороками развития лица и челюстей [Текст] / А. Г. Стрельников [и др.] // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – Москва, 2012. – С. 264-266.**
55. Организация деятельности областного центра по лечению с врожденной черепно-челюстно-лицевой патологией, последствиями травм и ожогов [Текст] / С. И. Блохина [и др.] // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – М., 2012. – С. 34-39.
56. Организация комплексной реабилитации детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области в Оренбургской области [Текст] / Е. С. Порубова [и др.] // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. - М.: МГМСУ, 2009. - С. 245-247.
57. Ортодонтическое лечение пациентов с расщелиной губы и неба [Текст] / Н. В. Старикова [и др.] // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – М., 2016. – С. 241-247.

58. Особенности диагностики функциональных нарушений зубочелюстных аномалий у детей, находящихся на ортодонтическом лечении [Текст] / А. А. Мамедов [и др.] // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – Москва, 2016. – С. 200-203.
59. Причины развития послеоперационных деформаций верхней губы и носа при лечении детей с одно- и двусторонними расщелинами верхней губы и пути их предупреждения. Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции «Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей. Актуальные вопросы комплексного лечения». 24-26 октября 2012 г. [Текст] / Ю. В. Степанова, и др.// Центр Стоматологии и ЧЛХ ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова. М., 2012.
60. Развитие системы диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области по Саратовскому региону [Текст] / Н. Н. Свиридов [и др.] // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – Москва, 2012. – С. 412-414.
61. Ретропозиция верхней челюсти при врожденных расщелинах: комплексная ортодонтхирургическая реабилитация [Текст] / М. Е. Зорич [и др.] // Ортодонтия. - 2012. - № 3 (59). - С. 54-60.
62. Рубежова, И. С. Ортопедическое и ортодонтическое лечение больных с врожденной расщелиной верхней губы и неба в условиях диспансерного наблюдения [Текст] / И. С. Рубежова // дис. ... д-ра мед.наук. – Ленинград, 1989.
63. Рубцова, Н. В. вопросу об оптимальной тактике хирургического лечения пациентов с врожденными односторонними сквозными расщелинами верхней губы и неба [Текст] / Н. В. Рубцова, Г. В. Гончаков // Материалы

- международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов.
– СПб., - 2005. – С. 157.
64. Рубцова, Н. В. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения детей с врожденными односторонними сквозными расщелинами неба [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Рубцова Наталья Владимировна. – М., 2006.
65. Самар, Э. Н. Особенности хирургического лечения больных с врождёнными расщелинами нёба [Текст]: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук / Э. Н. Самар. – Киев, 1977.
66. Самар, Э. Н. Особенности хирургического лечения больных с врождёнными расщелинами нёба в различном возрасте [Текст]: дис. ... д-ра. мед. наук / Э. Н. Самар. – Донецк, 1986.
67. Свиридов, Н. Н. Сравнительный анализ хирургического лечения расщелины верхней губы у новорожденных и детей грудного возраста [Текст] / Н. Н. Свиридов, В. Г. Масевкин, Я. В. Черноморец // Сборник материалов V Всероссийской научно- практической конференции: Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – Москва, 2016. – С. 233-238.
68. Семенченко, Г. К. Клиника и лечение врождённых незаращений верхней губы и нёба [Текст] : метод. рекомендации/ Г. К. Семенченко, В. К. Вакуленко, Г. Г. Крыкляс. – Одесса, 1967. - С. 21.
69. Семенченко, Г. И. Обоснование оптимальных: возрастных сроков хирургического восстановления верхней губы и нёба при их врождённых расщелинах [Текст] / Г. И. Семенченко // Стоматология. - 1970. - Т. 49. - № 5. - С. 68-71. 137
70. Силин, А. В. Поверхностная электромиография височных и собственно жевательных мышц в диагностике мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстных суставов [Текст] / А. В. Силин, Е. А. Сатыго, Е. И. Семелева // Клиническая стоматология. – 2013. – № 2. – С. 22-24.

71. Скрыль, А. В. Поверхностная электромиография жевательных мышц [Текст] / А. В. Скрыль // Дентал Юг. – 2008. – № 5. – С. 62-63.
72. Соколовский, В. А. Опыт применения ортопедических и ортодонтических аппаратов до хейлоринопластики у детей с односторонним сквозным несращением верхней губы и неба [Текст] / В. А. Соколовский // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – Москва, 2012. – С. 267-276.
73. **Социально-экономическое положение семей, имеющих детей-инвалидов [Текст] / Ю.А. Васильев [и др.] // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – М., 2016. – С. 34-36.**
74. Старикова, Н. В. Роль ортопеда в эстетической и функциональной реабилитации пациентов с расщелиной губы и неба на этапах лечения [Текст] / Н. В. Старикова, А. Г. Надточий, А. А. Щербина // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – М., 2012. – С. 245-250.
75. Старикова, Н. В. Клиническое значение структурно-функциональных особенностей языка у пациентов с расщелиной губы и неба [Текст] / Н. В. Старикова, А. Г. Надточий, М. И. Агеева // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – Москва, 2012. – С. 236-241.
76. Старикова, Н. В. Современная концепция раннего ортопедического лечения пациентов с расщелиной губы, альвеолярного отростка и неба [Текст] / Н. В. Старикова, Н. В. Удалова, Л. В. Агеева // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и

- наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – М., 2012. – С. 251-256.
77. Старикова, Н. В. Современные ортодонтические технологии лечения пациентов с расщелиной губы и неба [Текст] / Н. В. Старикова, А. Г. Надточий, М. Ю. Колобова // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – М., 2012. – С. 242-244.
78. Старикова, Н. В. Структурные особенности и дисфункция языка у пациентов с расщелиной губы и неба: клиническое значение и выбор стратегии ортодонтического лечения [Текст] : дис. ... д-ра мед. наук / Н. В. Старикова – М., 2014. - 278 с.
79. Степанова, Ю. В. Случай редкой врожденной патологии челюстно – лицевой области [Текст] / Ю. В. Степанова, М. С. Цыплакова // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. - 2014. - Т. 2, № 3. - С. 64-67.
80. Суркин, А. Ю. Программа оценки результатов лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба на этапах реабилитации [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Суркин Александр Юрьевич. – М., 2004.
81. Татаринцев, М. М. Анализ биометрических изменений верхней челюсти при двухэтапной уранопластике [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Татаринцев Михаил Михайлович. – М., 2007.
82. Татуров, Н. С. Нормализация окклюзии зубных рядов у больных с врожденной полной расщелиной губы и неба [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / Татуров Николай Станиславович. – М., 2010.
83. Топольницкий, О. З. Анализ качества лечения пациента с врожденной полной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба [Текст] / О. З. Топольницкий, Р. Н. Федотов, А. С. Клиновская // Российская стоматология. - 2013. - Т. 6, № 1. - С. 34-37. „

84. Топольницкий, О. З. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в республике Башкортостан [Текст] / О. З. Топольницкий, О. С. Чуйкин. // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 4. С. 360.
85. Трудности и осложнения ортогнатического хирургического лечения у пациентов с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба и их профилактика [Текст] / О. З. Топольницкий [и др.] // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – М., 2016. – С. 250-254.
86. Удалова, Н. В. Структурные особенности верхней челюсти у детей с односторонней расщелиной губы и неба [Текст] / Н. В. Удалова, Л. Л. Никифорова, Н. Е. Бондарева // Сборник материалов V Всероссийской, научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – М., 2016. – С. 256-262.
87. Устранение обширных послеоперационных дефектов неба после уранопластики [Текст] / М. А. Першина [и др.] // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – М., 2012. – С. 231-235.
88. Фоменко, И. В. Эффективность современных методов диагностики и лечения в комплексной реабилитации пациентов с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба [Текст] : дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.14 / Фоменко Ирина Валерьевна. – М., 2011.
89. Фролова, Л. Е. Ортодонтическое лечение детей с двусторонней расщелиной верхней губы и неба после хейлоуранопластики [Текст] / Л. Е. Фролова, А. Ф. Загирова, Д. Н. Попова / Стоматология. – 1981.- № 6. – С. 33-35.

90. Харьков, Л. В. Опыт проведения двухэтапных операций на небе при односторонних несращениях его [Текст] / Л. В. Харьков, Л. Н. Яковенко // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. - М.: МГМСУ, 2009. - С. 322-325.
91. Харьков, Л. В. Хирургические приемы ретротранспозиции тканей мягкого неба при ураностафилопластике [Текст] / Л. В. Харьков, Л. Н. Яковенко // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – Москва, 2012. – С. 348-355.
92. Харьков, Л. В. Система комплексной медико-психолого-педагогической диагностики и коррекции речевого развития детей раннего возраста с врожденными несращениями верхней губы и неба [Текст] /Л. В. Харьков, С. Ю. Коноплястая // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. - М.: МГМСУ, 2009. - С. 326-328.
93. Хлобыстова, Т. В. Уровни преодоления жизненных трудностей матерями детей которых имеют врожденные пороки развития [Текст] / Т. В. Хлобыстова, Б. Д. Жидких, А. Ю. Локтионова // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – М., 2012. – С. 356-357.
94. Хорошилкина, Ф. Я. Ортодонтия. Диагностика и комплексное лечение при зубочелюстно-лицевых аномалиях, сочетающихся с врожденным несращением верхней губы, альвеолярного отростка, неба [Текст] / Ф. Я. Хорошилкина. – СПб., 2001. - 277 с.
95. Хубеши, А. А. К вопросу организации центра реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в Республике Йемен [Текст] / А. А. Хубеши, М. И. Азимов, Р. А. Амануллаев // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и

- наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – М., 2012. – С. 25-28.
96. Цыплакова, М. С. Роль консервативных профилактических мероприятий в алгоритме ранней медико-социальной реабилитации детей с расщелиной губы и неба [Текст] / М. С. Цыплакова, Ю. В. Степанова, Е. А. Пономарева // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – М., 2016. – С. 263-270.
97. Часовская, Р. Н. Применение obturаторов при врождённых расщелинах нёба [Текст] / Р. Н. Часовская. – Ленинград, 1972.
98. Чепик, Е. А. Функциональные особенности мышц челюстно-лицевой области у пациентов с односторонним поражением ВНЧС различной этиологии по данным ЭМГ-исследования [Текст] / Е. А. Чепик // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – М., 2012. – С. 358-359.
99. Чуйкин, О. С. Современные методы ортодонтического лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба / О. С. Чуйкин, С. В. Аверьянов // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – М., 2012. – С. 382-386.
100. Чуйкин, С. В. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в республике Башкортостан [Текст] / С. В. Чуйкин, Н. А. Давлешин // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – М., 2012. – С. 369-381.

101. Чуйкин, С. В. Модификация щадящей ураностафилопластики и эндоскопические критерии оценки ее результатов [Текст] / С. В. Чуйкин, Н. А. Давлешин // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. - М.: МГМСУ, 2009. - С. 329-332.
102. Шаваша, И. Эффективность применения несъемной ортодонтической аппаратуры с реципрокной опорой на молочные моляры у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед.наук : 14.01.14 / Шаваша Ибрагим Н. А. – Волгоград, 2013.
103. Шаваша, И. Н. Линейные параметры ассиметричных зубоальвеолярных дуг, обусловленных односторонней расщелиной и неба [Текст] /И. Н. Шаваша, С. В.Дмитриенко, И. В.Фоменко // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. - № 4. - С . 18-19.
104. Шакирова, Р. Р. Оценка факторов риска формирования вторичных зубочелюстных деформаций у детей с врожденной челюстно-лицевой патологией [Текст] / Р. Р. Шакирова, Е. В. Николаева, Л. В. Гильмутдинова // Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-26 октября 2012 г. – М., 2012. – С. 394-397.
105. Шульженко, В. И. Детализация ортодонтических мероприятий в период временного прикуса в рамках протокола реабилитации детей с несращением губы и неба [Текст] / В. И. Шульженко, А. Ф. Верапатвелян, С. С. Гущина // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – М., 2016. – С. 302-307.
106. Шульженко, В. И. Интеграция ортодонтического лечения в период постоянного прикуса в комплексной реабилитации детей-инвалидов с односторонним сквозным несращением губы и неба [Текст] / Шульженко В.И.,

- Верапатвелян А.Ф., Гущина С.С // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – М., 2016. – С. 308-315.
107. Эффективность лечения детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба в условиях Волгоградского областного центра диспансеризации [Текст] / И. В. Фоменко [и др.] // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. - М.: МГМСУ, 2009. - С. 313-315.
108. Эффективность современных медицинских технологий в ранней реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба / В.А.Виссарионов [и др.] // Сб. ст. науч. -практ. конф. стоматологов Республики Башкортостан. - Уфа, 1996. - С. 22-23.
109. Яркин, В. В. Симметрия и асимметрия лица / В.В. Яркин, Г.Б. Оспанова // Ортодонтия. – 2009. – № 1. – С. 95-95.
- 110.. Algorithm for rehabilitation of children with congenital cleft lip and palate in regions with unfavorable ecological factors of environment [Text] / S. V. Chuykin [et al.] // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 85.
111. Algorithm of complex rehabilitation of patients with the congenital and Acquired defects of maxillofacial area [Text] / Ad. A. Mamedov [et al.] // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – С. 68.
112. Badhwar, S. Preparing corrected cleft lip & palate speakers as professional voice over artist – a sat approach [Text] / S. Badhwar, A. Dasgupta // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – С. 38.
113. Bardach, J. Cleft palate repair two-flap palatoplasty. Research, pliilosophy, technique, and results [Text] / J. Bardach // In: Bardach X, Morris H L. (eds.).

- Multidisciplinary management of cleft lip and palate. W. B. Saunders Company. - 1990. - Section V. - Chapter 46. - P. 352-365.
114. Broadbent, B. HA new x-ray technique and its application to orthodontics [Text] / B. Broadbent // *Angle. Orthod.* -1931. - № 1. - P.45.
 115. Brodie, A. G. Behavior of normal and abnormal facial growth pattern [Text] / A. G. Brodie // *Am. J. Orthod.* - 1941. - № 27.- P. 633.
 116. Castroflorio, T. Reproducibility of surface EMG in the human masseter and anterior temporalis muscle areas [Text] / T. Castroflorio [et al.] // *Cranio.* - 2005. – Vol. 23, N 2. – P. 130-137.
 117. Chepik, E. A. The quality of treatment planning in rehabilitation of patients with congenital deformations of maxillofacial area [Text] / E. A. Chepik, L. S. Persin, O. Z. Topolnitsky // *Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 73-74.*
 118. Clinical Investigation of congenitally missing permanent teeth on cleft lip and palate patients [Text] / F. Hirano [et al.] // *Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – C. 60.*
 119. Dieffenbach, J. F. Ueber das Gaumensegel des Menschen und der Säugethiere [Text] / J. F. Dieffenbach // *Litt Ann. Heilk.* - 1826. – Vol. 4. - P. 298.
 120. Dissanayake R., Wijekoon P. Contemporary trends in Sri Lankan cleft care [Text] / R. Dissanayake, P. Wijekoon // *Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 62.*
 121. Effects of prenatal diagnostics on families expecting children with cleft lip and palate [Text] / A. B. MacLennan [et al.] // *Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 54-55.*
 122. Epidemiological investigation for cleft lip / palate care in Mongolia [Text] / N. Natsume [et al.] // *Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 63.*

123. Gene approach for cleft lip and/or palate patients in Mongolia [Text] / H. Imura [et al.] // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – C. 55-56.
124. Graber, T. M Changing philosophies in cleft palate management [Text] / T. M. Graber // J. Pediatr. - 1950. - Vol. 37. - P. 400-415.
125. Graber, T. M Craniofacial morphology in cleft palate and cleft lip deformities [Text]/ T. M. Graber // Surg. Gynecol. Obstet. - 1949. - Vol 88. - P. 359.
126. Graber, T. M The congenital cleft palate deformity [Text] / T. M. Graber J. Am Dent Assoc. — 1954. — Vol. 48.-P. 375.
127. Graefe, C. F. Die Gaumennaht, ein neuentdecktes Mittel gegen angeborene Fehler der Sprache [Text] / C. F. Graefe // J.Chir. Augenheilk. -1820. - Vol. 1.-P .1.
128. Holtmann, B. A comparison of three techniques of palatorrhaphy: Early speech results[Text] / B. Holtmann, R. Wray, P. M. Weeks // Ann. Plast Surg. - 1984. — Vol. 12. - P. 514.
129. Hotz, R. Early treatment of cleft lip and palate [Text] / R. Hotz. - WBerns: Hans Huber. - 1964.
130. Individual variations in numerically modeled human muscle and temporomandibular joint forces during static biting [Text] / L. R Iwasaki [et al.] // J. Orofac Pain. – 2004. – Vol. 18, N 3. – P. 235-245.
131. Influence of the gravitational field in the fertility rate of children with congenital cleft lip and palate or rather [Text] / S. M. Murtazaev [et al.] // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 56-57.
132. Isolated influences of lip and palate surgery on facial growth: Comparison of operated and nonoperated male adults with US LP [Text] / L. Capelozza Filho, AD Correa Normando, OG Da Silva Filho // Cleft Palate Craniofac. J. - 1996. – Vol. 33 – P. 51-56.
133. Ivanov, A. L. A new method of cleft palate repair using single uvular and double-opposing mucosal flaps [Text] / A. L. Ivanov, L. V. Agueeva // Cleft 2015 Moscow

- Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 41.
134. Jayasinghe, V. Prosthodontist role in multidisciplinary management of patients with cleft lip and palate [Text] / V. Jayasinghe // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 65.
 135. Kalinina, A. I. Orthodontic treatment of speech disorders in children after cheilouranoplasty [Text] / A. I. Kalinina, Ad. A. Mamedov // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 70.
 136. Khaletskaya, V. N. Dynamics of prevalence of congenital malformations of the maxillofacial region in the Pridneprovsk region of Ukraine [Text] / V. N. Khaletskaya, I. V. Kovach // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 42.
 137. Legostaeva, O. T. The importance of a complex approach to cleft lip and palate children [Text] / O. T . Legostaeva, G. V. Gonchakov, E. V. Hizhova // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 39-40.
 138. Mamedov, Ad. A. Velopharyngeal Insufficiency - Ways to eliminate [Text] / Ad. A. Mamedov, O.V. Neluybina, A. B. Selitskaya / / Transactions of 7th Biennial World Cleft Lip and Palate Congress of International Cleft Lip and Palate Foundation (ICPF)/ May 7-11, 2012, Mahe, Republic of Seychelles. - P. 539-549.
 139. Mirasena, S. Genetic study of Cleft lip and cleft palate patients in Chiang Kham, Payao Province [Text] / S. Mirasena, P. Surit, B. A. Prathanee // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 56.
 140. Muscle thickness, bite force, and craniofacial dimensions in adolescents with signs and symptoms of temporomandibular dysfunction [Text] / L. J. Pereira [et al.] // Eur. J. Orthod. – 2007. - Vol. 29, N 1. – P. 72-78.

141. Negametzyanov, N. G. Prevalence of cleft lip and palate in the republic of Kazakhstan / N. G. Negametzyanov, T. K. Supiyev, Ye. S. Katassonova // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 71.
142. Orientation of craniofacial planes and temporomandibular disorder in young adults with normal occlusion [Text] / R. Ciancaglini [et al.] // J. Oral. Rehabil. – 2003. – Vol. 30, N 9. – P. 878-886.
143. Pereira Cenci T., Pereira L.J., Cenci M.S., Bonachela W.C., Del Bel Cury A.A. Maximal bite force and its association with temporomandibular disorders [Text] / T. Pereira Cenci [et al.] // Braz. Dent. J. – 2007. - Vol. 18, N 1. – P. 65-68.
144. Porubova, E. S. Experience in the integrated use of drugs tranexam and tachocomb when uranoplast [Text] / E. S. Porubova, Volkov Y. O. // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 42-43.
145. Prathanee, B. Types of articulation errors in individuals with cleft lip and palate [Text] / B. Prathanee, T. Pumnum, Ch.. Seepuham // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 41.
146. Psychometric evaluation of the rates of anxiety and depression in adult cleft patients and non-cleft patients with skeletal malocclusions [Text] / Drobyshev A. Y. [et al.] // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 65-66.
147. Ritter, R. Die nachteile der frulioperation bei lippen, kiefer und gaumenspalten [Text] / R. Ritter // StomaKonstanz. -1948. – Vol. 1. - P. 10.
148. Ritter, R. Procedure and limits of orthodontic treatment [Text] / R. Ritter // Second Hamburg International Symposium. 6-8 My 1964. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. - 1966. - P. 121.
149. Roux, Ph. J. Memoire sur la staphyloraphie, ou la suture du voile du palais [Text] / Ph. J. Roux. - Paris. Chaude, 1825.

150. Roux, Ph. J. Observation sur une division congenitale du voile du palais et de la luette, guerie au moyen d'une operation analogue a celle du bec-de-lievre [Text] / Ph. J. Roux // J. Univers. Sci. Med. - 1819. - Vol. 16. - P. 356.
151. Salyer, K. E. In search of excellence in cleft and craniofacial care [Text] / K. E. Salyer // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 37.
152. Schweckendiek H. Zur zweiplasigen Gaumenspaltenoperation bei primaiem velumverschluss [Text] / H. Schweckendiek // In: Schuchardt K., Wassmund M (eds.). Fortshritte Kiefer- und Gesichtschimrgie. Jb.BdJ. Stuttgart G. Thieme. - 1955. - P. 73
153. Schweckendiek, H. Zur Frage der Fruh- und Spatoperationen der angeborenen Lippen-kiefer-Gaumenspalten (rnitDemonstrationen) [Text]/ H. Schweckendiek // Z. Laryngol. Rhinol. Otol. -1951. -Vol. 30.-P. 51. 153
154. Slaughter, W. B. Facial clefts and their surgical management [Text] / W. B. Slaughter, A. G. Brodie // J. Plast. Reconstr, Surg. - 1949 . - Vol. 4. - P. 311.
155. Slaughter, W. B. The rationale for velar closure as a primary procedure in the repair of cleft palate defects [Text] / W. B. Slaughter, S. Pruzansky // WP last Reconstr. Surg. - 1954. - Vol. 13. - P. 341.
156. Speech examining of cleft palate children with velopharyngeal insufficiency after palatoplast [Text] / I. G. Bazina [et al.] // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04. - Moscow, Russia: I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – C. 39.
157. Speech therapy for children with cleft lip and palate using a community-based speech therapy model with speech assistants [Text] / M. Kalyanee // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 66.
158. Surgical and orthodontic rehabilitation of children with clefts of lip, alveolus and palate [Text] / M. Drohomiretska M. [et al.] // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 71-72.

159. The role of ethnic parameters of orthognathic bite in orthodontic treatment of congenital cleft lip and palate [Text] / M. Z. Dusmuhamedov [et al.] // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 58-59.
160. The role of SPECT/CT with 99mTc-MDP image fusion to diagnose temporomandibular dysfunction [Text] / A Coutinho [et al.] // Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod. – 2006. – Vol. 101, N 2. – P. 224-230.
161. Tindlund R. S. Comprehensive orthodontic treatment of CLP patients [Text] / R. S. Tindlund // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 68-69.
162. Tolarova, M. M. State – of – the – art of understanding etiology of cleft lip and palate and using this knowledge for cleft prevention [Text] / M. M. Tolarova, T. T. Mosby // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 47.
163. Topolnitsky, O. Z. Orthognathic surgical treatment of adolescents postprimary maxillofacial deformities after cheilo- uranoplasty [Text] / O. Z. Topolnitsky, R. N. Fedotov, S. A. Nikolaeva // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 44-45.
164. Veau, V. Division Palatine, Anatomie, Chirurgie, Phonetique. [Text] / V. Veau, S. Borel // ParisMasson. - 1931.
165. Verapatvelian A. F., Gushina S. S., Mitropanova M. N. Orthodontic correction of occlusion in complex rehabilitation of disabled child with unilateral cleft lip and palate in the period of occlusion change [Text] / A. F. Verapatvelian, S. S. Gushina, M. N. Mitropanova // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 70.
166. Widmaier, W. Ein eigenes verfahren zum Verschluss der Gaumenspalte [Text] / W. Widmaier // Chirurgie. - 1959. - Vol. 30. - P. 274.
167. Wijekoon, P. Evolution of cleft care – from single surgeon to multi disciplinary team approach [Text] / P. Wijekoon // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept

- 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 63.
168. Yoshida, N. Extraction vs. non – extraction in the lower arch: orthodontic treatment in the management of cleft lip and palate [Text] / N. Yoshida, Yu. Morita., Yu Fujimura // Cleft 2015 Moscow - Russia Aug 31– Sept 04.- Moscow, Russia: I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 2015. – P. 69.

Приложение 1.

Результаты анкетирования родителей, детям которых реализовывались разные тактики уранопластики (в 1 или 2 этапа).

	Родители детей				Все родители (n = 65)	
	1-й группы (пластика дефекта неба в 2 этапа) (n = 33)		2-й группы (пластика дефекта неба в 1 этап) (n = 32)			
	абс	%	абс	%	абс	%
Были ли трудности при приёме пищи у ребёнка сразу после его рождения:						
а) практически постоянно	27	81,8	28	87,5	55	84,6
б) эпизодически	5	15,1	4	12,5	9	13,9
в) практически никогда	1	3,1	-	-	1	1,5
Были ли случаи аспирации пищи (проявляющиеся рвотой, попаданием пищи в полость носа и т.п.) у ребенка после его рождения:						
а) практически постоянно	17	51,5	20	62,5	37	56,9
б) эпизодически	14	42,4	11	34,4	25	38,5
в) практически никогда	2	6,1	1	3,1	3	4,6
* Улучшилось ли питание у ребенка после проведения велоластики:						
а) да	31	93,9				
б) нет	2	6,1				
* Если питание у ребенка после проведения велоластики улучшилось, то в чём это проявилось (возможны несколько ответов):						
а) пища меньше стала попадать в полость носа (или практически перестала попадать)	21	63,6				
б) ребенок стал больше кушать	6	18,1				
в) у ребенка уменьшился (или даже исчез) рвотный рефлекс при приеме пищи	6	18,1				
г) вес ребёнка стал увеличиваться (и соответствовать «возрастным нормам»)	13	39,4				
д) другое	-	-				
* Случаи аспирации после велоластики:						
а) практически исчезли	16	48,5				
б) стали значительно реже	13	39,4				
в) стали незначительно реже	2	6,1				

г) их частота практически не изменилась	2	6,0				
д) стали чаще	-	-				
е) затрудняюсь ответить	-	-				
* В целом, спустя несколько месяцев после проведения велоластики, ребёнок (возможны несколько ответов):						
а) стал более активным	13	39,4				
б) стал менее капризным	11	33,3				
в) стал реже болеть	15	45,4				
г) практически ничего не изменилось	5	15,1				
д) состояние здоровья даже ухудшилось	-	-				
е) затрудняюсь ответить	-	-				
* Вы оцениваете результат проведенного лечения (велоластики, когда ребёнку было около одного года) как:						
а) хороший	31	93,9				
б) удовлетворительный	2	6,1				
в) отсутствие эффекта	-	-				
г) плохой	-	-				
* Как изменилось Ваше состояние после проведения велоластики ребёнку:						
а) улучшилось	33	100,0				
б) практически не изменилось	-	-				
в) ухудшилось	-	-				
* Если после проведения велоластики ребёнку Ваше состояние улучшилось, то в чём именно это проявилось (возможны несколько ответов):						
а) стала меньше беспокоиться за ребенка	8	24,2				
б) уменьшились проблемы с кормлением ребенка, что освободило много времени и сил и др.	16	48,4				
в) стала более жизнерадостной из-за улучшения самочувствия ребенка	19	57,5				
г) другое	-	-				
**Почему в возрасте около одного года Вашему ребёнку не проводилась велоластика (возможны несколько ответов):						
а) были противопоказания по состоянию здоровья ребенка			14	43,8		
б) не хотелось подвергать ребенка операции			10	31,2		
в) были сомнения в успешности /			-	-		

целесообразности данной операции			4	12,5		
г) врачи практически не объяснили целесообразности выполнения велоластики			4	12,5		
д) из-за материальных проблем не было возможности осуществления велоластики			-	-		
е) из-за имевшихся семейных проблем не было возможности лечь с ребёнком в стационар для проведения данной операции			-	-		
ж) состояние моего здоровья в тот период не позволяло лечь с ребёнком в стационар для проведения данной операции			-	-		
з) были другие причин			-	-		
и) затрудняюсь ответить			-	-		
л) другое						
Вы задумывались о вероятности рождения детей с врожденной патологией в будущей семье Вашего ребёнка:						
а) да	26	78,7	32	100,0	58	89,2
б) нет	7	21,3	-	-	7	10,8
Были ли проблемы с речью у Вашего ребенка в дошкольном возрасте:						
а) достаточно выраженные	18	54,5	32	100,0	50	76,9
б) были, но незначительные	15	45,5	-	-	15	23,1
в) проблем с речью практически не было	-	-	-	-	-	-
г) затрудняюсь ответить	-	-	-	-	-	-
Были ли проблемы с речью у Вашего ребенка в школьном возрасте:						
а) достаточно выраженные	6	18,1	26	81,3	32	49,2
б) были, но незначительные	18	54,5	6	18,7	24	36,9
в) проблем с речью практически не было	9	27,2	-	-	9	13,9
г) затрудняюсь ответить	-	-	-	-	-	-
С логопедом Ваш ребенок:						
а) занимался	33	100,0	32	100,0	65	100,0
б) не занимался	-	-	-	-	-	-
Если с логопедом Ваш ребенок занимался, то как долго:						
а) полтора-два месяца	2	6,1	4	12,5	6	9,2
б) около полугода	7	21,2	3	9,3	10	15,4
в) около года или даже больше	24	72,7	25	78,1	49	75,4
Отношение других детей к Вашему ребёнку в дошкольном возрасте:						

а) практически ничем не отличалось от отношения к другим детям	29	87,9	12	37,5	41	63,1
б) отношение к нему отличалось от отношения к другим детям	4	12,1	20	62,5	24	36,9
Если Вы считаете, что отношение других детей к Вашему ребёнку в дошкольном возрасте отличалось от отношения к другим детям, то в чём это выражалось (возможны несколько ответов):						
а) над ним чаще насмехались	1	3,1	14	43,8	15	23,1
б) его чаще обижали	2	6,1	18	56,4	20	30,8
в) с ним не хотели дружить	2	6,1	6	18,8	8	12,3
г) другое	-	-	-	-	-	-
Отношение других детей к Вашему ребёнку в школьном возрасте:						
а) практически ничем не отличалось от отношения к другим детям	31	93,9	14	43,7	45	69,2
б) отношение к нему отличалось / отличается от отношения к другим детям	2	6,1	18	56,3	20	30,8
Если Вы считаете, что отношение других детей к Вашему ребёнку в школьном возрасте отличалось / отличается от отношения к другим детям, то в чём это выражалось / выражается (возможны несколько ответов):						
а) над ним чаще насмехались	1	3,1	14	43,8	15	23,1
б) его чаще обижали	-	-	10	31,8	10	15,4
в) с ним не хотели дружить	1	3,1	-	-	1	1,5
г) другое	-	-	-	-	-	-
Как Вы считаете, повлияло ли наличиеврожденной патологии нёба на ребенка:						
а) да	23	69,7	32	100,0	55	84,5
б) нет	10	30,3	-	-	10	15,4
Если Вы считаете, что наличие врожденной патологии повлияло на ребенка, то в чём это выразилось / выражается (возможны несколько ответов):						
а) он часто болеет, ослаблен	14	42,4	22	68,8	36	55,4
б) у него проблемы с питанием (в частности, может принимать только определённые виды пищи или что-то другое)	8	24,2	10	31,3	18	27,7
	3	9,1	10	31,3	13	20,0
	-	-	12	37,5	12	18,5

в) ему трудно или он не может заниматься спортом	1	3,0	6	18,8	7	10,8
г) ему было труднее учиться в школе						
д) ему нередко ставили / ставят заниженные оценки в школе	5	15,2	10	31,3	15	23,1
	6	18,2	6	18,8	12	18,5
е) он замкнут, стеснителен, часто плохое настроение	3	9,1	6	18,8	9	13,8
ж) он раздражителен						
з) у него намного меньше друзей, чем у его сверстников	2	6,1	-	-	2	3,1
и) многие его сверстники относятся к нему снисходительно или, даже пренебрежительно	1	3,0	6	18,8	7	10,8
	-	-	-	-	-	-
к) это негативно скажется (или даже уже сказалось) на его «послешкольную» судьбу						
л) другое						
На взаимоотношениях в семье наличие врожденной патологии у ребенка:						
а) негативно сказалась	2	6,1	6	18,8	8	12,3
б) положительно сказалось	3	9,1	-	-	3	4,6
в) никак не сказалось	28	84,8	26	81,2	54	83,1
г) затрудняюсь ответить	-	-	-	-	-	-
В настоящее время удовлетворены ли Вы состоянием зубов и прикусом у Вашего сына (дочери):						
а) да	1	3,0	-	-	1	1,5
б) нет	32	97,0	32	100,0	64	98,5
в) затрудняюсь ответить	-	-	-	-	-	-
Хотели бы Вы продолжить исправление прикуса у Вашего ребёнка:						
а) да	32	97,0	32	100,0	64	98,5
б) нет	-	-	-	-	-	-
в) затрудняюсь ответить	1	3,0	-	-	1	1,5
Вы:						
а) мама ребёнка	33	100,0	28	87,5	61	93,8
б) папа	-	-	4	12,5	4	6,2
в) бабушка	-	-	-	-	-	-
Ваше социальное положение:						
а) рабочий	19	57,5	20	62,5	39	60,0
б) служащий	14	42,5	12	37,5	26	40,0
в) учащийся	-	-	-	-	-	-
г) прочее	-	-	-	-	-	-
Ваше образование:						

а) неполное среднее, среднее	12	36,4	14	43,8	26	40,0
б) среднее специальное	13	39,4	8	25,0	21	32,3
в) незаконченное высшее, высшее	8	24,2	10	31,2	18	27,7
В настоящее время Вы проживаете в:						
а) крупном городе	11	33,3	4	12,4	15	23,1
б) небольшом городе	14	42,4	14	43,8	28	43,1
в) сельской местности	8	24,3	14	43,8	22	33,8
Во время беременности были вредности:						
а) работа на вредном производстве	9	27,3	-	-	9	13,8
б) курение сигарет	4	12,1	6	18,8	10	15,4
в) употребление алкоголя	1	3,0	-	-	1	1,5
г) употребление наркотиков	-	-	-	-	-	-
д) употребление лекарств	2	6,1	-	-	2	3,1
е) наличие стрессов	10	30,3	10	31,3	20	30,8
ж) анемия	5	15,2	-	-	5	7,7
з) токсикоз	12	36,4	22	68,8	34	52,3
и) угроза выкидыша	5	15,2	18	56,3	23	35,4
к) травмы	-	-	-	-	-	-
л) другие	-	-	-	-	-	-
м) каких-либо вредностей не было	8	24,2	-	-	8	12,3

Примечание: * - данный вопрос задавался только родителям подростков 1-й группы;

** - данный вопрос задавался только родителям подростков 2-й группы.

Приложение 2.

Результаты анкетирования подростков, которым реализовывались разные тактики уранопластики (в 1 или 2 этапа).

	Подростки				Все подростки (n = 65)	
	1-й группы (пластика дефекта неба в 2 этапа) (n = 33)		2-й группы (пластика дефекта неба в 1 этап) (n = 32)			
	абс	%	Абс	%		
Удовлетворены ли Вы состоянием своих зубов и прикусом:						
а) да	16	48,5	13	40,6	29	44,6
б) нет	15	45,5	19	59,4	34	52,3
в) затрудняюсь ответить	2	6,0	-	-	2	3,1
Если Вы не удовлетворены состоянием своих зубов и прикусом, то почему:						
а) зубы кривые, стесняюсь улыбаться	6	18,2	14	43,8	20	30,8
б) зубы не совсем ровные и меня это не устраивает	9	27,3	5	15,6	14	21,5
в) другое	-	-	-	-	-	-
г) затрудняюсь ответить	-	-	-	-	-	-
Хотели бы Вы продолжить исправление прикуса:						
а) да	27	81,8	29	90,6	56	86,5
б) нет	6	18,2	3	9,4	9	13,5
в) затрудняюсь ответить	-	-	-	-	-	-
Влияет ли рубец на губе на Ваш внешний вид:						
а) влияет	10	30,3	11	34,4	21	32,3
б) не влияет	23	69,7	21	65,6	44	67,7
Если рубец на губе влияет на Ваш внешний вид, то как (возможны несколько ответов):						
а) вызывает нездоровый интерес у окружающих	10	30,3	8	25,0	18	27,7
б) я его стесняюсь	2	6,1	4	12,5	6	9,2
в) делает уродливыми губы	8	24,2	-	-	8	12,3
	-	-	-	-	-	-

г) делает уродливыми не только губы, но и всё лицо	-	-	-	-	-	-
д) другое						
Конфликтные ситуации со сверстниками (их пренебрежительное отношение, насмешки, игнорирование и т.п.) из-за стоматологического заболевания у Вас:						
а) были раньше, встречаются и сейчас	4	12,1	12	37,5	16	24,6
б) были раньше, но сейчас их не стало	12	36,4	8	25,0	20	30,8
в) их не было раньше, нет и сейчас	17	51,5	12	37,5	29	44,6
г) затрудняюсь ответить	-	-	-	-	-	-
Если у Вас были конфликтные ситуации со сверстниками из-за стоматологического заболевания, то эти конфликтные ситуации:						
а) были / являются частыми	-	-	4	12,5	4	6,2
б) были / являются эпизодическими	16	48,5	16	50,0	32	49,2
Если у Вас были конфликтные ситуации со сверстниками из-за стоматологического заболевания, то в чём это выражалось / выражается (возможны несколько ответов):						
а) надо мной чаще насмехались	2	6,1	8	25,0	10	15,4
б) меня часто обижали	8	24,2	8	25,0	16	24,6
в) меня часто избегали, не хотели дружить	6	18,2	-	-	6	9,2
г) другое	-	-	-	-	-	-
Наличие стоматологического заболевания повлияло / влияет на Вас:						
а) да	12	36,4	27	84,3	39	60,0
б) нет	21	63,6	5	15,6	26	40,0
в) затрудняюсь ответить	-	-	-	-	-	-
Если Вы считаете, что данное заболевание повлияло / влияет на Вас, то в чём это выразилось / выражается (возможны несколько ответов):						
а) я часто болел / болею	-	-	10	31,3	10	15,4
б) у меня проблемы с питанием	2	6,1	-	-	2	3,1
в) мне было трудно или не мог / не могу заниматься теми видами спорта, которые мне нравились / нравятся	10	30,3	9	28,1	19	29,2
г) я замкнут, стеснителен	2	6,1	17	53,1	19	29,2
д) я раздражителен	-	-	6	18,8	6	9,2
е) другое	-	-	-	-	-	-
Влияло ли / влияет ли наличие стоматологического заболевания на Вашу						

учебу в школе:						
а) отрицательно влияло / влияет	4	12,1	8	25,0	12	18,5
б) никак не влияло / влияет	29	87,9	24	75,0	53	81,5
в) положительно влияло / влияет	-	-	-	-	-	-
г) затрудняюсь ответить	-	-	-	-	-	-
Если наличие стоматологического заболевания влияло / влияет на Вашу учебу в школе, то в чём это выразилось / выражается (возможны несколько ответов):						
а) вообще, мне было труднее / трудно учиться в школе	6	18,2	6	18,8	12	18,5
б) мне нередко ставили / ставят заниженные оценки	-	-	7	21,9	7	10,8
в) нередко сталкивался / сталкиваюсь с высокомерным или снисходительным отношением учителей	2	6,1	-	-	2	3,1
г) одноклассники реже приглашали / приглашают меня на различные встречи (вместе с ними ходить на какие-то мероприятия - развлекательные, спортивные и т.п.)	-	-	-	-	-	-
	-	-	4	12,5	4	6,2
д) считаю, что это негативно сказалось / скажется и на моей «послешкольной» судьбе	-	-	-	-	-	-
е) другое						
Как Вы реагируете, если сталкиваетесь с ситуацией, напоминающей Вам о наличии заболевания (возможны несколько ответов):	8	24,2	25	78,1	33	50,8
а) стараюсь не обращать внимания	-	-	-	-	-	-
б) стараюсь прекратить общение						
в) стараюсь переключиться на другие мысли или что-то другое	5	15,2	-	-	5	7,7
г) возникает желание наказать обидчика, но, чаще всего, я сдерживаюсь	-	-	3	9,4	3	4,6
д) возникает желание наказать обидчика, что я часто и делал / делаю	5	15,2	4	12,5	9	13,8
	-	-	-	-	-	-
е) другое						
ж) с подобными ситуациями я практически не сталкиваюсь	17	51,5	9	28,1	26	40,0

